

医師の意見書(船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成事業)

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	船橋市		
疾病名 ※			
上記疾病の治療に伴う状態 または 上記疾病による症状 (補整具が必要となる理由を記載し てください。〔脱毛〕〔乳房切除〕 〔左耳の欠損〕など)			

※脱毛症は、加齢によるもの、男性型・女性型によるものは助成の対象外です。

上記の疾病またはその治療により、補整具(ウィッグ、胸部補整具またはエピテーゼ)が必要な状態であると判断します。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____
(自署又は記名押印)