

高松市がん患者等医療用補整具助成事業に係る医師の意見書

※がん患者以外で医療用ウィッグに限り対象となります。

【申請者記入欄】申請者が記入し、医療機関に証明欄の記入を依頼してください。

対象者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	〒 高松市				

【医師記入欄】医療機関（医師）が記入してください。

該当項目にをしてください。

原因となった傷病	<input type="checkbox"/> 健康保険適用内の傷病である（必須）
発症日又は治療開始日	年 月 日
症状	<input type="checkbox"/> 脱毛（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
必要な理由	<input type="checkbox"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> 薬物治療（ ） <input type="checkbox"/> 放射線治療（ ） <input type="checkbox"/> 外傷（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<p>上記のとおり、傷病に起因して脱毛症状が生じ、医療用ウィッグを必要とする状態であると証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 医師名</p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は押印ください。</p>	

※がん患者以外の方は、こちらの意見書の提出が必要です。

※本意見書の作成費用は、助成対象に含まれません。