

東大阪市がん患者のためのアピアランスケア支援事業助成金交付に係る医師意見書

【助成対象者情報】

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	東大阪市		

【傷病等について】

原因となった傷病名	
該当する項目をチェックしてください。	
<input type="checkbox"/>	上記傷病に起因したがん治療によって脱毛症状が生じ、ウィッグ等を必要とする状態であると判断します。
<input type="checkbox"/>	上記傷病に起因したがん治療によって身体の欠損や形の変化が生じ、乳房補整具を必要とする状態であると判断します。
年 月 日	
医療機関名	：
医師名	：