

第5号様式(第5条関係)

(宛先) 港 区 長

港区がん患者等外見ケア用品購入費等助成に関する医師意見書

申請者が記入してください

対象者	住 所	港区
	(フリガナ) 氏 名	電話番号( )  (男・女)
	生年月日	年 月 日
	他制度の対象該当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(治療用装具療養費・補装具費支給制度・確定申告における医療費控除) ※有の場合、本助成事業の対象外です。

医師が記入してください

外見ケア用品 を必要とする 理由	(傷病名) ※加齢によるもの、男性型または女性型脱毛症は本助成事業の対象外です。
	(該当理由)
	<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( )	
(症状)	
<input type="checkbox"/> 脱毛( )	
<input type="checkbox"/> 形状変化( )	
<input type="checkbox"/> その他( )	
(発症日または治療開始日)	年 月 日
(治療終了(予定)日)	年 月 日
上記のとおり証明します。 年 月 日	
医療機関所在地:	
医療機関名:	
主治医氏名:	
(署名又は記名押印) <span style="float: right;">印</span>	

(宛先) 港区長

港区がん患者等外見ケア用品購入費等助成に関する医師意見書

申請者が記入してください

対象者	住所	港区 芝公園 1-5-25
	(フリガナ) 氏名	ミナト ハナコ 港 花子 (男・女)
	生年月日	昭和 ○ 年 × 月 △ 日
	他制度の対象該当	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(治療用装具療養費・補装具費支給制度・確定申告における医療費控除) ※有の場合、本助成事業の対象外です。

医師が記入してください

外見ケア用品 を必要とする 理由	(傷病名) ※加齢によるもの、男性型または女性型脱毛症は本助成事業の対象外です。 ○○○○○○○○
	(該当理由) <input type="checkbox"/> 手術( ) <input checked="" type="checkbox"/> 薬物治療( ○○○○(薬剤名)の内服による治療 ) <input type="checkbox"/> 放射線治療( ) <input type="checkbox"/> 外傷( ) <input type="checkbox"/> その他( )
	(症状) <input checked="" type="checkbox"/> 脱毛( ) <input type="checkbox"/> 形状変化( ) <input type="checkbox"/> その他( )
	(発症日または治療開始日) 令和○ 年 × 月 △ 日 (治療終了(予定)日) 令和○ 年 × 月 △ 日

すべて  
記載を  
お願い  
します。

がん等の疾病の治療や傷病等に伴う外見の変化により、就労、社会参加等に支障があり、又は支障が出るおそれがあり、外見ケア用品が必要であることがわかる内容を記載してください。

上記のとおり証明します。

令和○ 年 × 月 △ 日

医療機関所在地: 港区三田一丁目4番10号

医療機関名: ○×△病院

主治医氏名: 港 太郎



(署名又は記名押印)