**川崎市アピアランスケア助成金交付事業に係る意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 原因となった傷病 |  |
| 外見変容が生じた部位及び経緯 | * ①治療の経過、②本人の身体状況を含め、ご記載ください。
 |
| 該当する項目のチェックボックスに〔レ〕を付けてください。【全員】※該当必須* 健康保険適用内の傷病であると認めます。

【該当するもの】※どちらかに要該当* 上記傷病に起因して脱毛症状が生じ、ウィッグを必要とする状態であると判断します。
* 上記傷病に起因して身体の欠損や形の変化が生じ、胸部補整具やエピテーゼ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※自署でない場合は押印ください。 |

**※がん患者以外の方は、こちらの意見書の提出が必要です。**