**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。**