

川崎市アピランスケア助成金交付事業に係る意見書

| | | | |
|---|-------------------------------|----|--------|
| ふりがな | | 生年 | |
| 氏名 | | 月日 | |
| | | | 年 月 日生 |
| 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| <input type="checkbox"/> 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。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 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。