

千歳市アピアランスケア助成事業に係る意見書

(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
住所	千歳市		
原因となった 傷病名			
外見変容が生じた 部位および経緯	※治療の経過、本人の身体状態を含め、ご記載ください。		
<p>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。</p> <p>【全員】※該当必須</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険適用内の傷病であると認めます。</p> <p>【該当するもの】※どちらかに要該当</p> <p><input type="checkbox"/> 上記傷病に起因して脱毛症状が生じ、ウィッグ等を必要とする状態であると判断します。</p> <p><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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は押印ください。</p>			

※がん患者以外の方は、こちらの意見書の提出が必要です。