

仙台市アピアランスケア助成金自己申告書

年 月 日

対象者 氏名 _____

仙台市アピアランスケア助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申告します。
医療用ウィッグの購入にあたり、医師から説明のあった疾患等の内容については、下記のとおりです。

※この申告書は保護者が記入してください。

症 状	
医療用ウィッグを必要とする理由	
病名、医療用ウィッグの必要性等 医師の所見	
治療内容	