記入例

様式第２号（第６条関係）

大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業医療機関受診証明書

「当該疾病の改善までに要する期間の見込みについて」にチェックがあれば、見込みの期間内に再度申請する際、様式第２号の添付が不要になります。（最長３年間）

対象者（医療用ウィッグ等を装着する者）	氏　名	大分　花子
	住　所	〒８７０－８５０６ 大分市〇〇町〇番地
	生年月日	〇〇年　〇月　〇日

上記の者について、疾病による外見の変化が見られるため医療用ウィ　（全頭用）等の装着を必要とすることを証明します。

申請に係る証明書の要否を判断するため、該当するものにチェックをつけてください。

・当該疾病の改善（医療用ウィッグが不要となる程度）までに要する期間の見込について

☐１年未満　☐１年以上２年未満　☐２年以上３年未満

☑３年以上

治療歴があれば、治療方針以下についてご記入ください。治療歴がない場合は空白でかまいません。

上記の者の疾病にかかる治療歴があれば、以下に記入をお願いしま

疾病名	〇〇〇〇〇〇		
治療歴 ※該当があれば記入	治療方針	手術療法・化学療法・放射線療法 その他（　　）	
	入　院	〇〇年　〇月　〇日から	〇〇年　〇月　〇日まで
	通　院	〇〇年　〇月　〇日から	年　月　日まで ・ 通院中
その他参考となる意見			

医師の自署または記名押印をお願いします。（スタンプ印不可）
※証明事項を訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、こちらの印で押印してください。

上記について、相違ないことを証明します。

〇〇年　〇月　〇日

医療機関　所在地　大分市□□町□番地

名　称　□□□□病院

医師氏名　大分　一郎　印

（医師が自署または記名押印）