様式第２号（第６条関係）

富谷市がん患者等医療用補正具申請に係る自己申告書

年　　月　　日

氏名

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。（申請者本人が記入するもの）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |