

文京区がん患者ウィッグ購入等費用助成金交付申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

文京区長 殿

(申請者) 住所
氏名
助成対象者との続柄
電話番号

文京区ウィッグ購入等費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類*を添えて、次のとおり申請します。決定した助成額は下記の口座に振り込んでください。なお、申請に当たり、区が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報を調査すること並びに必要な場合に関係医療機関への照会及び診療明細を閲覧することについて同意します。

(*)①脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証する書類又は手術療法により乳房の切除をしたことが確認できる書類（診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書等）の写し②現在治療中であることが分かる書類の写し③補整具等を購入した日付（レンタル・リース・定額利用の場合はその利用開始日）及び金額の明細が分かる書類の写し

【該当する方のみ】申請者が対象者の保護者であることが確認できる書類（対象者が未成年の場合）

助成対象者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			電 話 番 号	()
	住 所	〒 文京区			
がんの治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法 ※該当するものに☑をつけてください。	
				<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
がんの治療を受けていることを証する書類*	・診断名 () <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当するものに☑をつけてください。 ・現在治療中であることが分かる書類 ()				
購入(レンタル等)した補整具等	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> つけ眉毛		※いずれかに☑をつけてください。 ※申請1回につき1個（つけ眉毛のみ複数個可）		
購入(レンタル等)開始)年月日	年 月 日		購入(レンタル等)経費(税込み)	円	
他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※いずれかに☑をつけてください。		
本事業による助成歴	<input type="checkbox"/> あり 助成決定年月(年 月) <input type="checkbox"/> なし		※ありの場合、年月も記入してください。		
申請金額の算定				助成金申請額	
購入(レンタル等)経費	助成金上限額		ア又はイのいずれか低い額 ※100円未満切捨て		ウ 円
ア 円	イ 100,000円		ウ 円		
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	※左詰め
フリガナ					
口座名義					

※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。この場合において、「振込先」欄には、「助成対象者」又は「助成対象者の保護者」の振込先口座を記載してください。