

台東区がん患者ウィッグ購入費等助成金交付申請書

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおりのがん患者ウィッグ購入費等助成を申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

申請に当たり、台東区長が、私の住民基本台帳を閲覧すること及び必要に応じて他自治体に助成歴について確認することに同意します。

対象者 (申請者*)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	〒 - 台東区 丁目 番 - 号		
※対象者が 未成年者の 場合の 申請者	氏名	続柄()	電話番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ(チェックのみで記入不要) 〒 -		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			1.手術 2.放射線 3.薬剤 4.その他()	
がんの治療を受けている (受けた)ことを証明する書類	がんの部位又は名称() 治療計画書・診療明細書・お薬手帳・その他()			
購入(レンタル)品	1.ウィッグ(装着用ネット含む) 2.毛付き帽子 3.医療用帽子 4.人工乳房(人工ニップル含む) 5.補整下着(補整用パッド含む) 6.弾性着衣			
購入(レンタル)年月日	年 月 日	購入(レンタル)額	円	
過去の助成歴	1. 無 2. 有 → 同様の助成金を申請、交付されたことがある方は、以下にご記入ください。 自治体名:() 助成内容について、当該自治体に 交付時期:(年 月頃) 確認することがあります。			

申請金額の算定					
助成対象経費 (ア)		助成上限額 (イ)		助成金申請金額 (ア又はイのいずれか低い額)	
円		円		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	金融機関コード	
	種別 (○で囲む)	1 普通 2 当座	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同一	店番号	
	口座番号				

※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。

委任状

私は、上記の口座名義人に台東区がん患者ウィッグ購入費等の助成金の受領について委任します。

年 月 日 (申請者) 氏名

【区処理欄】

助成決定日	年 月 日	助成決定金額						
決定通知日	年 月 日		受付者()					