

# 大田区がん患者ウィッグ等購入費助成申請書

（宛先）大田区長

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区がん患者ウィッグ等購入費の助成を申請します。なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて、同意します。また、助成金は、下記口座に振り込んでください。

記

申請者 (助成対象者)	フリガナ		生年 月日	年	月	日
	※氏名					
	住所	〒 大田区	電話 ( )			
がんの治療状況	医療機関名		主治医		治療方法	
					手術・放射線・薬剤 その他( )	
がんの治療を受けていることを 確認できる書類	診療明細書・診断書・治療方針計画書・お薬手帳 その他( )					
購入した補整具	購入年月日		購入費用		合計金額	
ウィッグ等	年 月 日		円	①	円	
胸部補整具等	年 月 日		円			
他からの助成の有無			有 ・ 無			
申請金額の算定					※助成金申請金額	
合計金額 (①の金額)	①の1/2の額 (円未満切捨)	3万円又は ②のいずれか低い額		③		
① 円	② 円	③ 円		円		
振込 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	金融機関コード		
	預金種目 (○で囲む。)	普通 ・ 当座	※口座番号	店番号		
	口座名義 (カナ)					
	※口座名義					

- 申請書内の※部分は訂正できません。
- 対象者が未成年者の場合、親権者が申請することができます。この場合において、「振込口座」欄には、親権者の口座を記載してください。

健康づくり課処理欄	助成決定額 円 ( 年 月 日 決定)
-----------	---------------------