

葛飾区がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

葛飾区長 宛て

標記助成金の交付を受けたいので、葛飾区がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類(*)を添え、申請(請求)します。

(*) がんの治療を受けていることを証する書類(お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等の写し)、補整具を購入又はレンタル(以下「購入等」という。)をした日付及び金額の明細が分かる書類(原本)、対象者が未成年の場合は申請者が対象者の親権者であることが確認できる書類

【同意事項】がんの治療状況を確認するため、関係医療機関や調剤薬局等に診療明細等の診療情報について照会することに同意し申請します。

申請者	フリガナ							
	氏名							
	住所	電話番号 ()						
対象者 (対象児)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(※申請者と同じ場合、左のマスに印を入れ、 <u>生年月日のみご記入ください。</u>)							
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和		年	月	日		
	氏名						対象者からみた申請者の続柄 (申請者と異なる場合はご記入ください) <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人	
	住所	葛飾区		電話番号 ()				
本事業による助成歴 (他自治体も含みます)	1 有	助成決定年月 (年 月)		補整具の種類 (ウィッグ・補整具)		2 無		
がん治療を 証明する書 類(該当す るものに○ をつけて下 さい)	診断名	医療機関名		主治医名				
	治療方法 手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他 ()							
	ウィッグの申請 (抗がん剤治療を受けた日、使用した抗がん剤の名称、対象者氏名がわかるもの) お薬手帳 診療明細書 治療方針計画書 その他 ()							
	補整具(エピテーゼを含む。)の申請(手術をした日(治療を受けた日)、治療方法や部位、対象者氏名がわかるもの) 診療明細書 治療方針計画書 診断書 その他 ()							
購入等をした補整 具等(1点 のみ記載)	購入品又はレンタル品の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ (部分ウィッグ、ウィッグ付き帽子、医療用帽子等を含む) <input type="checkbox"/> 補整具 (胸部補正具 (補整下着、補整パッドなど)、エピテーゼ (耳、鼻など))			助成金 上限額	イ 100,000円		
	価格(税込額)	ア 円			アかイのいずれか低い額	ウ 円		
	購入等年月日				助成金 申請金額	円		
振込先	金融機関	銀行・金庫 信用組合・農業協同組合				本店・支店 ・出張所		
	預金種別	普通	当座	口座 番号				
フリガナ								
口座名義								