

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

(申請者) 住所
氏名
助成対象者との続柄
電話番号

葛飾区がん患者ウィッグ等購入費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した日付及び金額の明細が分かる書類（原本）、申請者が対象者の親権者であることが確認できる書類（対象者が未成年の場合）

【同意事項】 個人情報保護管理責任者健康づくり課長宛て 必要に応じて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健康づくり課長が照会することに同意します。

※同意いただけない場合は、助成を受けることができません。

対象者 (児)	フリガナ			生 年	年 月 日	
	氏 名			月 日		
	住 所	〒 葛飾区		電話番号 ()		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名		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証する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ その他 () ※該当するものを○で囲む。					
購入 (レンタル) したウィッグ	購入 (レンタル) 年月日	購入 (レンタル) 経費		合 計 金 額	ア 円	
	年 月 日	円				
購入した胸部補整具 ()	購入年月日	購入経費				
	年 月 日	円				
本事業による助成歴 <small>※有の場合、年月等も記入してください。</small>	1 有 助成決定年月 (年 月)、補整具の種類 (ウィッグ・胸部補整具) 2 無					
申請金額の算定					助成金申請金額	
購入等経費合計	助成金上限額		ア又はイのいずれか低い額		ウ	
ア 円	イ 30,000円		ウ 円		円	
振 込 先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		
フリガナ						
口座名義						

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、「振込先」欄には、「対象者」又は「対象者の親権者」の振込先口座を記載してください。