

江東区長 殿

(申請者) 住所

氏名

印

助成対象者との続柄

電話番号

江東区がん患者ウィッグ購入等助成金交付申請書兼請求書

江東区がん患者ウィッグ購入等費用助成金の交付を受けたいので、江東区がん患者ウィッグ購入等費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、助成金は、下記口座に振り込み願います。

なお、申請に当たり、江東区が住所等の確認のために私の住民記録を閲覧すること及び必要がある場合に関係機関へ照会すること並びに診療明細を閲覧することについて同意します。

対象者 (児)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	〒 江東区		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 年 月 日	購入(レンタル)経費 円		合計金額	ア 円
購入(レンタル)した 胸部補整具 ()	購入(レンタル)年月日 年 月 日	購入(レンタル)経費 円			
今回の申請は 1回目 ・ 2回目		他の自治体からの助成の有無 有 ・ 無			
他の法令等に基づく助成の有無 有 ・ 無		有りの場合：自治体名 ()			
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	
ア 円		イ 100,000円		ウ 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。