

# 記入見本

関係)

江東区長 殿

原則として、申請者は対象者ご本人としてください。  
※対象者が未成年の場合は、保護者を申請者としてご記入ください。

2024 年 1 月 31 日

(申請者) 住所

江東区東陽 2-1-1

氏名

江東 区子

助成対象者との続柄

本人

電話番号

03-0000-0000

江東 印

押印してください。  
シヤチハタは不可です。

## 江東区がん患者ウィッグ購入等費用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、また、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。

西暦・和暦  
どちらでも可

|                         |       |                                      |                 |                                                                                                            |                      |                      |
|-------------------------|-------|--------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 対象者<br>(児)              | フリガナ  | コウトウ クコ                              |                 | 生年月日                                                                                                       | 1960 年 1 月 1 日       |                      |
|                         | 氏 名   | 江東 区子                                |                 |                                                                                                            |                      |                      |
|                         | 住 所   | 〒 135-0016 江東区 東陽 2-1-1              |                 | 電話番号                                                                                                       | 03 ( 0000 ) 0000     |                      |
| がんの<br>治療状況             | 医療機関名 | 東京都立墨東病院                             |                 | 主治医名                                                                                                       | 墨田 東子                |                      |
|                         |       |                                      |                 | 治療方法                                                                                                       | 手術・放射線・薬剤<br>その他 ( ) |                      |
| がんの治療を受けている<br>ことを証する書類 |       | お薬手帳 診療明細書 治療方針計画書<br>※ 該当するものを○で囲む。 |                 | 対象外の商品(ウィッグの手入れ用品など)を同時に購入している場合は、その金額を除いた額を記入してください。<br>領収書の金額に手入れ用品の代金が含まれている場合は、領収書の他に内訳がわかるものを添付して下さい。 |                      |                      |
| 購入(レンタル)した<br>ウィッグ      |       | 購入(レンタル)年月日                          | 2023 年 11 月 1 日 | 購入(レンタル)経費                                                                                                 | 52,900 円             | 合計<br>金額<br>52,900 円 |
| 購入(レンタル)した<br>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                    |                      |
| 他からの助成の有無               |       | ※ いずれかを○で囲む。                         |                 | 有                                                                                                          | 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<br>いずれか低い額                                                                                           |                      |                      |
| ア 52,900 円              |       | イ 30,000 円                           |                 | ウ 30,000 円                                                                                                 |                      |                      |
| 振込先                     | 金融機関  | 深川 銀行・金庫<br>農協・組合                    |                 | 城東 本店・支店・本所<br>支所・出張所                                                                                      |                      |                      |
|                         | 預金種別  | 普通・当座                                |                 | 口座番号                                                                                                       | 1 2 3 4 5 6 7        |                      |
| フリガナ                    |       | コウトウ クコ                              |                 |                                                                                                            |                      |                      |
| 口座名義                    |       | 江東 区子                                |                 |                                                                                                            |                      |                      |

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。ご記入の際は「対象者の親権者」の振込先口座を記載してください。

申請者(対象者)ご本人の口座を  
振込先としてご記入ください。

※ご本人の口座に振り込むことができないご事情がある場合は、  
お手数ですがご記入前にお問い合わせください。  
※対象者が未成年の場合は、申請者(保護者)の名義の口座を  
記入してください。