

別記
第 1 号様式（第 5 条関係）

（宛先）中央区長

年 月 日

中央区がん患者ウィッグ購入費等助成金交付申請書

中央区がん患者ウィッグ購入費等助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、中央区がん患者ウィッグ購入費等助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (助成対象者)	ふりがな					生年月日
	氏名					年 月 日
	住所	〒 中央区				
	電話番号					
がんの 治療状況	診断名 ()					
	医療機関名	主治医名	治療方法 ※該当する項目に☑を付けてください。			
			☐手術 ☐放射線 ☐薬剤 ☐その他 ()			
助成対象費用	区 分	ウィッグ・ 毛付き帽子	胸部補整具・ 人工乳房	弾性着衣	合計金額	
	購入(レンタル)経費 (消費税込み)	円	円	円	円	
	支払年月日					
他からの助成	☐あり ☐なし ※いずれかに☑を付けてください。					
本事業の申請回数	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 (1 回目の申請 年 月)					
交付申請額	円					
来庁者確認	☐本人 ☐本人以外 続柄 () 氏名 () 住所 ()					

添付書類

- ☐がんの治療を受けている（受けていた）ことを証する書類（診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書等）の写し
- ☐領収書等の原本（宛名（フルネーム）、購入日、購入金額及びその内訳並びに領収書発行者の記載があるもの）
- ☐助成対象者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し
- ☐振込先口座が確認できる書類（通帳等）の写し