

記入見本

第1号様式（第5条関係）

港区がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

申請者が自書する場合は、押印は不要です。

購入した翌日から1年以内の日付

平成29年8月××日

(宛先) 港区長

点線枠内をご記入ください。

(申請者) 住所 **港区芝公園1-5-25**
 氏名 **港太郎** (自書又は記名押印)
 助成対象者との続柄 **本人**
 電話番号 **03(3578)2×××**

港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、港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、申請します。

なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や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	ミナト タロウ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	平成2年×月○日
	氏名	港太郎					
	住所	〒108-8315 港区芝公園1-5-25 電話番号 03(3578)2×××					
がんの治療状況	医療機関名	みなと中央病院		主治医名	赤羽橋花子医師		
	治療方法	<input checked="" type="radio"/> 手術・ <input checked="" type="radio"/> 放射線・ <input type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 治療方針計画書・その他() ※いずれかを○で囲む。						
購入したウィッグ	購入年月日	平成29年6月10日	購入経費	21,600円	合計金額	ア 50,760円	
	購入した胸部補整具(シリコンパッド)	購入年月日	平成29年6月15日	購入経費			
他からの助成の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無						
申請金額の算定		助成金申請金額					
購入経費合計	アの7割の額		助成金額上限額又はイのいずれか低い額		ウ		
ア 50,760円	イ	35,500円	ウ	30,000円	30,000円		
振込先	金融機関	港中央 <input checked="" type="radio"/> 銀行・金庫 <input type="radio"/> 農協・組合		田町	本店・支店・本所 支所・出張所		
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・ <input type="radio"/> 当座		口座番号	1234567		
フリガナ	ミナト タロウ						依頼印
口座名義	港太郎						<input checked="" type="radio"/> 港 <input checked="" type="radio"/> 港

平成29年4月1日以降のもの

100円未満は切り捨て

イの金額と上限額(30,000円)を比較し、低い方の金額を記入

2か所(欄外1か所含む。)に押印してください。(朱肉を使う印を押してください。)

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」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。

港区がん患者ウィッグ等購入費助成金申請のご案内

見本を参考に記入し、申請に必要な書類を封筒に入れ、切手を貼ってポストへ投函してください。

申請者 住所、氏名、助成対象者との続柄、日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。
 ① 申請にあたっては、申請日時時点で港区民であることが条件になります。
 ② 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。その場合、助成対象者との続柄は「親」と記入してください。

対象者(児) 助成対象者(がんの治療をされている方)の氏名、フリガナ、性別(○つけ)、生年月日、住所、日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。

がんの治療状況 治療のため受診している医療機関名、担当医師名を記入し、該当する治療方法に○をつけてください。

がんの治療を受けていることを証する書類 抗がん剤の名称が記載されているお薬手帳、診療明細書や治療方針計画書、その他、助成対象者ががんの治療を受けていることがわかる書類に○をつけて、該当部分のコピーを同封してください。

購入したウィッグ 購入したウィッグの購入日と購入金額(税込)を記入してください。領収書が複数枚ある場合は、一番古い領収書の日付を記入し、金額は合計の額を記入してください。

購入した胸部補整具 ()内に購入した補整具の名称を記入し、購入日と購入金額(税込)を記入してください。領収書が複数枚ある場合は、一番古い領収書の日付を記入し、金額は合計の額を記入してください。

合計金額 ア ウィッグ、胸部補整具の購入経費の合計を記入してください。ウィッグのみ、胸部補整具のみの購入で申請する場合、それぞれの購入経費欄と同じ金額になります。(申請は、対象者1人につき1回となります。ウィッグと胸部補整具の両方で申請する場合、まとめて申請してください。)

他からの助成の有無 ウィッグ、胸部補整具の購入に際し、他からの助成金を受給しているか、○をつけてください。(有の場合、申請はできません。)

申請金額の算定 「アの7割の額欄」イについては、アの金額の7割で、100円未満の端数がある場合は、切り捨ててください。
 「助成金額上限額又はイのいずれか低い額」欄ウについては、「アの7割の額欄」イと、30,000円のいずれか、低い額を記入してください。

振込先 振込先は、「対象者」又は「対象者の親権者」の口座を記入してください。振込先の記入誤りがあると、助成金が振り込めませんので、通帳等で十分に確認してください。

- 申請に必要な書類
- ① 助成金交付申請書
 - ② 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、治療方針計画書などの写し)
 - ③ 補整具を購入した金額の明細が分かる書類(領収書等)※ 写し不可。
 - ④ 申請者の本人確認書類(運転免許証、健康保険証などの写し)
 - ⑤ 振込先口座が確認できる書類(通帳などの写し)

【送付先・問合せ先】
 〒108-8315 港区三田1-4-10
 港区みなと保健所健康推進課健康づくり係 ウィッグ等購入費用助成金受付担当
 電話 03(6400)0083