

港区がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 港区長

(申請者) 住所
 氏名 (自書又は記名押印)
 助成対象者との続柄
 電話番号

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		性別	男・女	生年	年 月 日
	氏名				月日	
	住所	〒 港区		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 () ※いずれかを○で囲む。					
購入したウィッグ	購入年月日		購入経費		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		合計金額	円
	年 月 日		円			
他からの助成の有無	有 ・ 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 円	
ア 円	イ 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						依頼印 Ⓜ
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」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。