

台東区がん患者ウィッグ購入費等助成金交付申請書

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおりのがん患者ウィッグ購入費等助成を申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

※申請にあたり、台東区長が、私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所	〒 台東区 丁目 番 号		電話		- -	
がんの治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法		
					①手術 ②放射線 ③薬剤 ④その他 ()		
がんの治療を受けている(受けた)ことを証明する書類	がんの部位又は名称 () 治療計画書・診療明細書・お薬手帳・その他 ()						
購入(レンタル)したウィッグ	購入(以外)年月日		購入(以外)額		合計金額	円	
	年 月 日		円				
購入(レンタル)した胸部補整具 ()	購入(以外)年月日		購入(以外)額				
	年 月 日		円				
過去の申請の有無	1 無 2 有 (年 月頃)						

申請金額の算定			
購入(以外)経費合計	ア×1/2の額 100円未満切捨て	助成上限額又はイのいずれか低い額	助成金申請金額
ア 円	イ 円	ウ 円	

過去に助成を受けている場合は、助成上限額3万円から助成決定額を引いた残りの額が上限額になる

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	金融機関コード				
	種別(○で囲む)	1 普通 2 当座	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同一	店番号				
口座番号								

※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。

委任状

私は、上記の口座名義人に台東区がん患者ウィッグ購入費等の助成金の受領について委任します。

年 月 日 (申請者) 氏名

【区処理欄】

助成決定日	年 月 日	助成決定金額						
決定通知日	年 月 日							

受付者()