

千代田区がん患者補整具購入等費用助成金交付申請書兼口座振替依頼書



年 月 日

千代田区長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____ (日中連絡が可能な番号)

千代田区がん患者補整具購入等費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、千代田区がん患者補整具購入等費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。決定した助成額は下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり千代田区が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関へ照会することについて同意します。

記

住民記録の閲覧や関係機関への照会の同意		<input type="checkbox"/> 同意する	
助成対象者 (がん治療中の方)	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	千代田区	
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・化学療法 その他()
助成対象経費 (いずれか、又は 該当する区分の全て にご記入ください)	区 分	ウィッグ (ネット、帽子含む)	胸部補整具
	購入等の 金額 (税込み)	ア 円	イ 円
助成金交付申請額 (ア+イ)	(上限10万円。上限額以上の記載は10万円とする 【10万円未満は購入実費(税込み)】)		他からの助成の有無
	円		有 ・ 無
限度額	100,000円	交付決定額 *1	
添 付 書 類 (添付した書類に☑ をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具を購入等した日付及び金額の明細が分かる書類 (領収書等) <input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを客観的に証明する書類の写し <small>※脱毛の副作用がある化学療法若しくは放射線治療を受けている又は手術療法により乳房を切除等したことを確認できる書類</small> <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード等) の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座を確認できる書類 (通帳等) の写し		

*1 区の記入欄です。記入しないでください。

振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	預金種別			
	フリガナ			普通 ・ 当座			
	口座名義 (※申請者名義)	口座 番号					

※ 申請内容については、千代田区電子計算組織に記録・保存し、統計的に処理します。

【区処理欄】

領収書 _____ 枚

住民となった日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記申請について助成額を確認した。

確 認 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

係 長	担 当

申請受理印