

千代田区がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成金  
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 千代田区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_ (日中連絡が可能な番号)

千代田区がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成金の交付を受けたいので、千代田区がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり、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、申請に当たり、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

助成対象者 (申請者と同一の場合、記入不要)	フリガナ					生年月日
	氏 名					年 月 日
	住 所	千代田区				
治療状況	傷病名	医療機関名		主治医名		
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 (装着用ネット、 帽子含む)	胸部補整具 (補整下着、 人口乳房含む)	エピテーゼ	弾性着衣	冷却用 キャップ等	
購入等の 金額 (税込み)	円	円	円	円	円	
助成金交付申請額 (合計金額)	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	
添 付 書 類 (添付した書類に☑ をつけてください)	<input type="checkbox"/> アピアランスケア用品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"/> がん等の疾病の治療や外傷等に伴う外見の変化を客観的に証明する書類の写し <input type="checkbox"/> 申請者及び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 <input type="checkbox"/> 振込先口座を確認できる書類(通帳等)の写し					
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】

申請受理印