

文京区がん患者ウィック購入等費用助成金交付申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

文京区長 殿

申請者 住所
氏名
助成対象者との続柄
電話番号

文京区ウィック購入等費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。
助成決定金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、区が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報の閲覧及び必要がある場合に医療機関に診療情報を照会することに同意します。

記

助成対象者	フリガナ				生 年 月 日	年 月 日
	氏 名					
	住 所	〒 文京区			電 話 番 号	()
がんの治療状況	診断名	医療機関名	主治医名	治療方法		
				<input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法（抗がん剤等） <input type="checkbox"/> 他（ ）		
助成金申請額	金 _____ 円 ※購入等経費内訳を、裏面に記載してください。 ※購入等経費の総額⑤又は100,000円のいずれか低い額を記載してください。（100円未満切捨て）					
他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※いずれかに☑をつけてください。 ※過去に他自治体等の助成を受けている対象経費については、申請できません。 ※医療保険各法による治療用器具療養費及び障害者総合支援法による補装具費支給制度の種目は、本事業の助成対象外です。					
本事業による助成歴	<input type="checkbox"/> あり 助成決定年月（ 年 月） <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合、年月も記入してください。					
振込先 (申請者)	金融機関				銀 行	本店
					信用金庫	支店
					信用組合	出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人					

※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。この場合において、「振込先」欄には、「助成対象者」又は「助成対象者の保護者」の振込先口座を記載してください。

担当者使用欄

助成金交付決定金額	金 _____ 円
-----------	-----------

裏面あり

請求内訳記載欄

助成対象費用	区分	ウィッグ・帽子 <input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 保護ネット <input type="checkbox"/> 医療用帽子 <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 帽子	胸部補整具 <input type="checkbox"/> 胸部補整下着 <input type="checkbox"/> 補整パッド	エピテーゼ <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 乳首 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 他（ ）	つけ眉毛 <input type="checkbox"/> つけ眉毛
	購入等年月日 <small>（複数の場合は最も古い購入日等を記載）</small>	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入等経費	① 円	② 円	③ 円	④ 円
	購入等経費の総額（税込）	⑤ 円 ※ ①、②、③、④の合計額を記入してください			
助成金申請額	円 ※ ⑤又は100,000円のいずれか低い額（100円未満切捨て）				

※エピテーゼとは、がん治療に伴い欠損等した部分を補完するために体表に取り付ける人工補整物をいう。
（再建術等によって体内に埋め込まれたものは除く。）

添付書類確認欄

添付書類 ※添付もれがないかご確認ください	注意事項
<input type="checkbox"/> がん治療の受療を証明する書類の写し	ウィッグ・帽子、つけ眉毛の場合 助成対象者の氏名、脱毛の副作用がある薬剤名又は頭部への放射線照射等の記載がある書類（診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書等）
	胸部補整具、エピテーゼの場合 助成対象者の氏名、手術療法により治療が必要な部位を切除したことが記載されている書類（診療明細書・治療方針計画書等）
<input type="checkbox"/> 現在治療中（経過観察を含む）であることがわかる書類の写し	がんで治療中の医療機関名、診療科名、助成対象者の氏名、直近の受診日の記載がある書類（直近の領収書、直近の診療明細書等）
<input type="checkbox"/> 補整具等の購入等した日付、購入品目、購入金額及び金額の明細がわかる書類の写し	助成対象者の氏名、購入日（レンタル、リース、定額利用の場合はその利用開始日）、購入品目、購入金額、領収書発行者名が記載されている書類（領収書等） ※内訳書、明細書、納品書等を併せての提出も可 ※治療（施術）費、医薬品、メイク用品、ウィッグの保管や手入れ等に使用する用品、エピテーゼの着脱に必要な接着剤及び剥離剤等の消耗品、再建術等によって体内に埋め込まれたもの等を除く
【該当する方のみ】 <input type="checkbox"/> 申請者が助成対象者の保護者であることが確認できる書類の写し	助成対象者が未成年者の場合は、保護者が申請可 申請者が保護者であることが確認できる書類（母子手帳、住民票、戸籍抄本等）