

第1号様式（第6条関係）

世田谷区がん患者等アピアランスケア費用助成金交付申請書兼請求書

世田谷区長 あて

世田谷区がん患者等アピアランスケア助成事業の助成について、以下のとおり申請及び請求をします。また、当該申請内容を審査するにあたり、世田谷区が公募により住民票関係情報を確認すること、必要に応じて医療機関や他自治体に診療情報や助成歴を照会することや助成対象品の販売店等に購入等の内容について確認することに同意します。

1 申請内容

		申請日	令和 年 月 日	
申請者	(ふりがな) 氏名 (自署)	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	住所	〒 世田谷区		
	電話番号		助成対象者 との続柄	
助成対象者	☐ 申請者と同じ（助成対象者本人が申請する場合はチェックのみで「助成対象者」欄は記入不要）			
	(ふりがな) 氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
疾患名・治療	疾患名			
	医療機関		主治医	
	治療方法	☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 (抗がん剤) ☐ その他（ ）		
助成対象品	対象品目	※申請する対象品すべてにチェックを付けてください。		
		どちらか	☐ ウィッグ(装着用ネット、クリップ含む。)	治療や疾病、外傷の証明書類
			☐ 帽子	脱毛の副作用がある治療 ※化学療法剤の薬剤名、放射線治療の記載 ☐
			☐ 人工乳房 ☐ 補整下着 ☐ 弾性着衣	脱毛の原因となった疾病、 外傷等 ☐
			☐ エピテーゼ	手術による乳房やリンパ節 の切除 ☐
	☐ 頭皮冷却用 キャップ ☐ 冷却用 グローブ・ソックス	欠損の原因となった外傷等 ☐		
	☐ 頭皮冷却用 キャップ ☐ 冷却用 グローブ・ソックス	脱毛や手足のしびれの副作用 を伴う抗がん剤の使用 ☐		
購入等費用 (税込み)		購入等 年月日	令和 年 月 日	
交付申請額	(上限10万円。購入等費用が10万円未満の場合はその額。)	他の助成等	☐ 申請する対象品は、他の助 成や給付制度の対象ではあ りません。	
過去の助成歴	本助成金は、助成対象者お一人につき世田谷区その他東京都内自治体を含め、2回まで交付を受けることができます。令和5年4月以降に同様の助成を受けましたか。			
	☐ はい → ☐ 世田谷区 ☐ その他（自治体名： ）	→ 助成年月	年 月	☐ いいえ
提出書類	右に記載する書類を あわせて提出します。 ① ☐ 治療や疾病、外傷を 証明する書類 ② ☐ 領収書等の原本 対象品金額が確認できない場合、明細も提出			

2 振込先

振込先	金融機関	銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫		(支店名等)		本店・支店 出張所	
	口座番号			※右詰め。7桁未満は頭に 0を付けてください。		口座 種別	☐ 普通 ☐ 当座
	口座名義 ※申請者と同じ	氏名			フリ ガナ		