

第1号様式（第6条関係）

世田谷区がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費用等助成金
 交付申請書兼請求書

年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費用等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、世田谷区長が公簿により住民票関係情報を確認することについて同意します。

1 申請内容

申請者	(ふりがな) 氏名 (自署)		生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日
	住所	〒			
	電話番号		助成対象者 との続柄		
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（※チェックのみで「助成対象者」の欄は記入不要）				
	(ふりがな) 氏名		生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日
	住所	〒			
がんの部位 又は名称					
がんの治療	医療機関		主治医		
	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他（ ）			
助成対象費用	対象品 <small>※右記いずれかに○を付けてください。</small>	1. ウィッグ 2. 毛付き帽子 3. 人工乳房 4. 補整下着 5. 弾性着衣			
	購入等費用	円（税込み）	購入等年月日	令和	年 月 日
交付申請額	(上限10万円。10万円未満の場合はその額とする。) 円		他からの 助成の有無	有 ・ 無	
過去の助成歴	※令和5年4月以降に同様の助成金を申請、交付されたことがある方は、以下にご記入ください。 有 1. 助成の交付（自治体名： ）（令和 年 月） ・ 無 2. 補整具の種類（ ウィッグ ・ 胸部補整具 ・ 弾性着衣 ）				

※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。

※次に掲げる書類を添付してください。

①がんの治療を受けたことを証明する書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等の写し）

②領収書の原本（領収書でサービス内容が確認できない場合は明細の写しも添付）

2 振込先

金融機関	銀行・信用金庫・農協								本店
	信用組合・労働金庫								支店・出張所
口座種別	普通・当座	口座番号							※左詰め
口座名義人	(フリガナ)								
	氏名								