

記入例

- ボールペンでご記入ください。消えるボールペンや鉛筆は使用できません。
- 訂正する場合は、二重線で訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。
- 押印は不要です。
- もれなく記入してください。

対象品 1 点につき 1 枚の申請書が必要です

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

令和●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)	せたがや はなこ 世田谷 花子	生年月日	① 昭和 2. 平成 3. 令和	●年●月●日
	住所	〒154-0017 世田谷区世田谷 4 丁目 2 4 番 1 号			
	電話番号	03-5432-2447	助成対象者との続柄	本人	
助成対象者	<input checked="" 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	乳がん				
がんの治療	医療機関	〇〇病院	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	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	75,000 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)	75,000 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。 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	〇△ 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	1	2	3	4	5	6	7	※左詰め
口座名義人	(フリガナ) セタガヤ ハナコ									
	氏名	世田谷 花子								

▶ 購入またはレンタルの費用を支払った日から 1 年以内の日付

▶ 申請できる方は、がん患者の方 (助成対象者) とその同一世帯の方です。

▶ 助成対象者 (がん患者) 本人が申請する場合は、こちらに チェックを入れてください。

▶ 日中連絡がとれる電話番号

▶ 1 回に申請できるのは、対象品 1 点です。

▶ 購入した日もしくはレンタルの支払いが完了した日 (領収書日付) を記入してください。

レンタルの領収書が複数ある場合は、一番新しい日付を記入してください。

▶ 今回申請する対象品について、他から助成を受けていれば対象になりません。

▶ 領収書と同じ金額。1 つの対象品で領収書が複数ある場合は、合算額を記入。

ただし、助成対象品ではないものが含まれている場合は、その分を除いてください。

▶ 振込口座は「申請者」の口座です。