

中野区長あて

中野区がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付申請書兼請求書

中野区がん患者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条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。決定した助成金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を調査すること並びに必要な場合に関係医療機関への照会及び診療明細を閲覧することについて同意します。

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|--|-------|
| 申請者 | フリガナ | | | 対象者との続柄 | |
| | 氏名 | | | 保護者である ことの確認書類 | |
| 助成対象者 (申請者と同じ場合は、氏名欄の記載は不要です) | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒 中野区 | | 電話番号 | |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | | | 治療方法 ※該当するものに☑をつけてください。 | |
| | 主治医名 | | | <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| がんの治療を受けている(いた)ことを証する書類 | 診断名 () <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当するものに☑をつけてください。 | | | | |
| 購入(レンタル)した補整具 | <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ(ネット・インナーキャップを含む) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 胸部補整具(組み合わせて使用するパッドを含む) | | いずれかに☑をつけてください 申請1回につき1点まで ※申請は通算2回まで | | |
| 購入(レンタル)した年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 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。 | | |
| 本事業の申請回数 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (1回目の申請 年 月 日) | | | | |
| 申請金額の算定 | ア 購入(レンタル)経費 | イ 助成金上限額 | | ウ 助成金申請額 (ア又はイのいずれか低い額) | |
| | 円 | 30,000円 | | 円 | |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行 信用金庫 本店 信用組合 支店 農協 出張所 | | | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 ※右つめ | | |
| フリガナ | | | | | |
| 口座名義 | | | | | |

※ 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。