

中野区長あて

中野区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や診療明細の閲覧、助成対象品の販売店への購入内容の照会及び前住地の自治体に申請状況の照会をすることについて同意します。 → 同意する場合はをつけてください。

申請者 (アピアランスケア用品の使用者) ※対象者が未成年の場合は保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 中野区	電話番号	

対象者 (アピアランスケア用品の使用者)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。(以下記載不要)			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名				

治療状況	医療機関名		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください
	主治医名			

傷病もしくは治療を受けている(いた)ことを証する書類	診断名 () <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※ウィッグまたは帽子で申請される方は脱毛の副作用がある薬剤名等がわかるものがあれば医師意見書は不要 ※胸部補整具で申請される方は乳房を切除したことがわかる文言の記載があるものがあれば医師意見書は不要 ※エピテーゼで申請される方は医師意見書が必須			
----------------------------	---	--	--	--

購入(レンタル)したアピアランスケア用品	<input type="checkbox"/> ウィッグ (ネット・インナーキャップ等を含む)	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください ※申請は通算2回まで
	<input type="checkbox"/> 帽子 (ネット・インナーキャップ等を含む)	
<input type="checkbox"/> 胸部補整具 (組み合わせて使用するパッドを含む)		
<input type="checkbox"/> エピテーゼ (接着剤・剥離剤を含む)		
		計 点

購入(レンタル)した年月日	年 月 日 ※複数点あり、購入時期が異なる場合は最も古い日付をご記入ください
---------------	--

他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 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) ※他自治体での助成申請回数を含めます
----------	---

申請金額の算定	ア 購入(レンタル)経費(合計)	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	100,000円	円

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 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	
------	--

※ 対象者が未成年の場合は、「振込先」欄には、「申請者(対象者の保護者)」の振込先口座を記載してください。