

北区がん患者等に対するウィッグ等購入費助成金申請書兼請求書

東京都北区長 殿

北区がん患者等に対するウィッグ等購入費助成金の支給を受けたいので、北区がん患者等に対するウィッグ等購入費助成金支給要綱第5条の規定により、関係書類を添え、申請します。
なお、申請にあたり、区が住民記録の閲覧をすることや、必要に応じて関係機関への診療情報等の照会や診療明細の閲覧、過去の助成について照会することについて同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年	月 日
	住所	(アパート・マンション名)		
	電話番号	— —	対象者との 続柄	

申請できるのは、対象者（患者）本人です。ただし、対象者（患者）が未成年である場合は、保護者が申請してください。

対象者 (患者)	☐ 申請者と同じ (※申請者と対象者が同じ場合はチェックのみで対象者欄は記入不要)			
	フリガナ		生年月日	
	氏名		年	月 日
	住所			
疾病等の 治療状況	疾患名			
	医療機関		診療科・ 主治医名	
	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他 ()		
疾病等の治療を 証する書類		診療明細・治療方針計画書・お薬手帳・その他 ()		
購入等を行 った 補整具	品目	ウィッグ・帽子・補整下着・弾性着衣・エビテーゼ・冷却用キャップ・グローブ/ソックス		
	購入等年月日 最も古い日付を記入	年 月 日	購入等金額 合計(税込)	円
過去の 助成歴	1. あり 本事業による助成 ・ 他の制度 () 助成決定年月： 年 月 2. なし			

※職員記入欄 助成額 円

請求額： 円	請求額につきまして、以下の口座に入金してください。
--------	---------------------------

振込 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店 出張所
	銀行コード		店番号	
	預金種別	普通 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	