

申請の前に確認チェック

必要な書類がそろっているか、確認をお願いします。



■必要書類

- ①助成金交付申請書兼口座振替依頼書
- ②がんの治療を受けていることを証明する書類の写し（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書など）
- ③ウィッグ等の購入やレンタルした経費の明細が記載された領収書等の原本
- ④振込先口座が確認できる書類の写し（通帳など）

※対象者が未成年の場合、申請者が対象者の親権者であることを証明する書類

	確認事項	確認欄
1	①助成金交付申請書兼口座振替依頼書は、記入例を参考に作成しましたか。	
2	①助成金交付申請書兼口座振替に訂正がある場合は、訂正印が必要になります。 ただし、申請金額は訂正印で訂正することができません。お手数ですが、新しく書き直しをお願いします。	
3	②がんの治療を受けていることを証明する書類は添付しましたか。 ・お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書などの写しが必要です。 書類の確認ポイント ・対象者のお名前と添付資料に記載のお名前は同じ方ですか。 ・ウィッグ購入等の場合、がんの治療により脱毛の副作用があることがわかりますか？ （例：脱毛の副作用がある薬の記載がある。） ・胸部補正具購入の場合、がんのため胸部切除などの手術をしたことがわかりますか。	
4	③購入（レンタル）した商品と金額がわかる書類は、 原本 を提出してください。 次の内容が、領収書などに記載されていますか。 ①購入日またはレンタル開始日（領収書発行日） ②宛名：申請者（対象者本人）の 氏名（フルネーム） ③購入金額 ④購入金額の内訳 ⑤領収書の発行者名称、所在地	【詳細はこちら】 ※購入等経費の明細がわかる書類（領収書等）についての注意事項」
5	③購入（レンタル）の日は、申請日から1年以内ですか。 手術を受けた日は問わず、購入またはレンタルした日の翌日から1年以内に申請されたものが対象です。 ※ 郵送の場合は、受付担当に届いた日が1年以内となる必要があります。	
6	④振込先口座が確認できる書類の写しは、添付しましたか。 ・銀行等の通帳の写し	
7	※対象者が未成年の場合、申請者が対象者の親権者であることを証明する書類（新宿区内で同一世帯の場合は不要）が必要になりますので、下記までお電話ください。 （問い合わせ先）健康政策課 地域医療係 ☎03-5273-3839	
8	提出先を、再度ご確認ください。 〒160-0022 新宿区新宿5-18-21 新宿区役所第二分庁舎分館 健康部 健康政策課 地域医療係 ☎03-5273-3839	

■ご提出いただいた書類等は、返却できません。