第1号様式(5条関係)

新宿区がん患者のウィッグ購入費等助成金交付申請書兼口座振替依頼書

（　１回目　・　２回目　）

年　　月　　日

新宿区長　あて

（申請者）住所

氏名

（助成対象者が未成年の場合　申請者の続柄：　　）

連絡先電話番号　　（　　）

標記助成金の交付を受けたいので、新宿区がん患者のウィッグ購入費等助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請するにあたり、住所等申請内容確認のために、私の住民登録の閲覧や、必要がある場合には、関係機関へ治療状況や支払内容を照会することについて、同意します。

対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年　月　日
	住所	〒　－ 新宿区	
申請理由 病院名： 直近受診日： 年　月　日	□がん治療による脱毛、身体の欠損等により日常生活に支障があるため がんの治療を証する書類 □抗がん剤の記載のある　診療明細書　お薬手帳 □化学療法等に関する同意書 □がんに伴う切除手術に関する　同意書　診療明細書 □その他　（　　）		

対象額合計	１回目申請分①	円	**（A欄）**
	２回目申請分②	円	**（B欄）**

１回の申請の購入経費合計と助成上限額のどちらか低い方の額が申請額となります。

助成申請額 100円未満切り捨て	①	円	助成 上限額	円
	②	円		円

他制度又は他区等での助成の有無　　有　・　無

次ページも記入してください。➡

※以下は記入しないでください。

助成決定額　　**円**	**整理番号** **(　)-(　　)-(　)**

審査	住民登録	有・無	（　　）		
	申請品目	可・否			
	領収書	可・否			
	治療証明等	可・否			
	振込口座確認資料	可・否	本人確認資料　有・無	確認１	確認２
	助成金交付	**可　・　否**			

申請内訳

区分：①１回目申請　②２回目申請

区分	※補整具の番号	購入年月日	購入（レンタル）経費（税込）
①		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円

対象額合計	１回目申請分①	A欄にこの金額を記入してください。 円
	２回目申請分②	B欄にこの金額を記入してください。 円

購入した補整具
（助成できるのは、一人につき**2回**までです）

※　該当する補整具の番号を左の表に記入してください
１：ウイッグ
２：帽子
３：頭皮冷却用キャップ
４：胸部補整具
５：弾性着衣
６：まゆ毛ケア用品
７：エピテーゼ（目、鼻等）
８：その他
（品名：　　）
注）ケア用品等消耗品にあたるものは対象となりません。

1~6については合算することができますが、助成上限額は合計で100,000円までです。
7については他のものと合算はできません。上限額は200,000円です

助成金は以下の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合
	金融機関コード	
	支店名	本店・支店 出張所・本所・支所
	支店コード	
	預金種別	普通　・　当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

■　お振込みをする口座は申請者本人の口座が原則です。左記に記入していただき、確認のできるもの（通帳・キャッシュカード等のコピー）と併せて提出してください。

■　申請者ご本人以外の口座にお振込みをする場合は、右に申請者の方の署名をしてください

交付される助成金は、上記の口座に振り込んでください。
申請者署名
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿