

（宛先）小金井市長

小金井市がん患者ウィッグ・補正具購入費等助成金交付申請書兼請求書

小金井市がん患者ウィッグ・補正具購入費等助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり小金井市がん患者ウィッグ・補正具購入費等助成金の交付を申請します。

なお、この申請内容について、小金井市長が住民基本台帳を確認し、及び官公署、医療機関その他の関係機関に対し、資料の提供を求め、又は事実の確認もしくは聴取を行うことに同意します。

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	小金井市		
	電話番号			
申請者	氏名		⑨ 助成対象者との続柄	
	住所			
	電話番号			
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他（ ）
購入等（レンタル等）したウィッグ 又は胸部補正具	購入（レンタル等開始）年月日		購入（レンタル等）金額	請求金額
			円	円
過去の助成歴	ウィッグ・補正具購入等費用について、以前に市区町村等（小金井市を含む）から助成を受けたことがありますか。ある場合には、市区町村の名称を記入し、ウィッグ又は補正具の区分に☑を記載してください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 市区町村名： _____ <input type="checkbox"/> ウィッグ（ 回） <input type="checkbox"/> 補正具（ 回）			
添付資料	<input type="checkbox"/> がん治療を受けていること又は過去に受けていたことを証する書類 （お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）の写し（ウィッグの助成申請は脱毛の副作用がある治療を受けていることを確認できるもの、胸部補正具の助成申請は乳房の切除をしたことが確認できるもの） <input type="checkbox"/> 領収書などウィッグ又は補正具の購入、購入金額及び購入日（レンタル又はリースの場合、利用額及び利用開始日）が確認できる書類の原本（書類には助成対象者の名前が記載されていること。） <input type="checkbox"/> 預金通帳の写し等の助成金の振込先口座を確認できる書類			

助成金の交付決定を受けた場合は、次の口座に振り込むよう依頼します。

振込先	金融機関名	銀行コード					支店コード（店番）			
		銀行	信金	農協	（ ）		本店	支店	出張所	（ ）
	口座番号						預金種別	普通 ・ 当座		
	ふりがな									
	口座名義人									

