台東区がん患者ウィッグ購入費等助成金交付申請に係る
経過措置についての確認書

対象者	氏　名	
	住　所	〒 台東区　　丁目　　番　　－　　号
申請者	氏　名	□対象者と同じ（チェックのみで氏名は記入不要）

私が令和　　年　　月　　日に申請したがん患者ウィッグ購入費等助成について、経過措置※の適用を

１．希望します。

２．希望しません。

（1，2のいずれかに○）

※経過措置について

１．助成回数は１人につき２回までですが、制度改正前の令和４年４月１日から令和６年３月３１日までに助成金の交付決定を受けた方については、その助成回数を１回とみなします。

２．上記１にかかわらず、令和６年４月１日から令和７年３月３１日までに新たに助成金の交付申請をする場合に限り、これを１回目の申請することができ、この場合の助成上限額は７０，０００円とします。

３．上記の経過措置を適用した場合、２回目の申請としてもう１回助成金の交付申請をすることができ、この場合の助成上限額は１００，０００円となります。

【区使用欄】

過去の助成歴①	令和　　年　　月　　日	円
過去の助成歴②	令和　　年　　月　　日	円
過去の助成歴③	令和　　年　　月　　日	円
過去の助成歴④	令和　　年　　月　　日	円
経　過　措　置	１．適用する　　２．適用しない	
備　　考		