

台東区がん患者等ウィッグ購入費等助成金交付申請書

令和 8 年 4 月 1 日

台東区長 殿

関係書類を添えて、下記のとおりのがん患者等ウィッグ等購入費助成を申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

対象者 (申請者*)	フリガナ	タイトウ ハナコ		生年月日	S60年 3月 △日	
	氏名	台東 花子		電話番号	090-1111-●●●●	
	住所	〒 110 - 0015 台東区 東上野 4 丁目 22 番 8 - 506 号				
対象者が未成年の場合は親権者について記入してください。						
申請者 ※対象者が 未成年者 の場合	氏名	続柄()		電話番号		
	住所	□対象者と同じ(チェックのみで記入不要) 〒 -				
ウィッグ等を必要とする理由 (該当する項目に ☑及び記入)		☑がんの治療のため がんの部位又は名称 (乳がん)		□がん以外の傷病のため 傷病名称 ()		
治療状況 (該当する項目に ☑及び記入)		医療機関名	主治医名	治療方法		
		△△△病院	〇〇医師	□手術 □放射線 ☑薬剤 □その他()		
ウィッグ等が必要であることを証明する書類の写し (該当する項目に ☑及び記入)		□治療計画書 ☑診療明細書 ☑お薬手帳 □医師の診断書 □その他() ※上記書類にて詳細が確認できない場合は、第2号様式(医師の意見書)を提出すること。				
購入(レンタル)品 (該当する項目に ☑及び記入 ※複数申請可能)		☑ウィッグ(装着用ネット含む) □毛付き帽子 ☑医療用帽子 □人工乳房(人工ニップル含む) □補整下着(補整用パッド含む) □弾性着衣 □エピテーゼ(部位) □冷却用キャップ □冷却用グローブ □冷却用ソックス				
購入(レンタル)年月日 (領収書が複数ある場合は、最も古い日付を記入)		2025年12月10日 ※購入日(レンタル)から 1年以内		購入(レンタル)額 合計 ※税込		127,000 円

振込先	金融機関	浅草	銀行 信用金庫 信用組合	雷門	本店 支店 出張所	金融機関コード	5	2	4	6
	種別 (○で囲む)	1 普通 2 当座	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同じ	タイトウ ハナコ 台東 花子		店番号	1	1	1	
口座番号		3	8	4	7	9	4	8		

※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状

申請者以外の口座名義に振込を希望される場合は委任状の記入が必要になります

私は、上記の口座名義人に台東区がん患者等ウィッグ購入費等の助成金の受領について委任します。

年 月 日 (申請者) 氏名

注意! 必ず裏面(次ページ)の記入もお願いします

裏面の記入もお願いします。

