

台東区がん患者等ウィッグ購入費等助成金交付申請書

年 月 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		生年月日	
	氏名		電話番号	
	住所	〒 - 台東区 丁目 番 - 号		
申請者 ※対象者が未成年者の場合	氏名	続柄()	電話番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 及び記入)	<input type="checkbox"/> がんの治療のため がんの部位又は名称 ()		<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 及び記入)	医療機関名	主治医名	治療方法	
			<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 及び記入)	<input type="checkbox"/> 治療計画書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 及び記入 ※複数申請可能)	<input type="checkbox"/> ウィッグ(装着用ネット含む) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 医療用帽子 <input type="checkbox"/> 人工乳房(人工ニップル含む) <input type="checkbox"/> 補整下着(補整用パッド含む) <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> エピテーゼ(部位) <input type="checkbox"/> 冷却用キャップ <input type="checkbox"/> 冷却用グローブ <input type="checkbox"/> 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)	年 月 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	円	

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	金融機関コード				
	種別 (○で囲む)	1 普通 2 当座	フリガナ 口座名義人 ※上記、申請者と同一	店番号				
口座番号								

※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。

委任状

私は、上記の口座名義人に台東区がん患者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

裏面の記入もお願いします。

確認書兼同意書

申請にあたり下記の内容をご確認いただき、チェック欄の該当箇所に☑を記入してください。

	確認・同意事項欄	チェック欄
1	申請日時時点で台東区に住民登録があります。	<input type="checkbox"/> 住民登録がある ※申請日時時点で消除されていると対象外です
2	申請にあたって台東区が住所等を確認するために住民基本台帳を閲覧することに同意します。	<input type="checkbox"/> 同意する
3	必要に応じて台東区が他自治体への助成歴の照会及び関係機関へ診療情報等の照会を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> 同意する
4	過去に台東区や他自治体で同様の助成を受けたことがありますか。 本助成は対象者1人につき、2回まで受けることができます。 過去の同様の助成を受けている場合、申請できない場合があります。	<input type="checkbox"/> 受けた (いつ頃：) <input type="checkbox"/> 台東区 <input type="checkbox"/> 他自治体 () <input type="checkbox"/> 受けていない
5	今回申請する品目は「医療保険各法による治療用装具療養費」、「障害者総合支援法による補装具費支給制度」又は「確定申告における医療費控除」に該当しますか。	<input type="checkbox"/> 該当する→本助成の対象外です <input type="checkbox"/> 該当しない
6	東京都台東区暴力団排除条例(平成23年12月台東区条例第29号)に該当する暴力団員又は暴力団関係者ではありません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→本助成の対象外です
7	申請に当たり提出した様式及び添付書類の情報について、台東区の地域保健業務に必要な範囲内で担当の保健師等に提供されることに同意します。	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
8	※脱毛の症状のある方のみ回答してください 脱毛の原因が「加齢」「男性型」「女性型」に該当しますか。 (医師の診断書や意見書等にその旨の記載はありますか。)	<input type="checkbox"/> 該当する→本助成の対象外です <input type="checkbox"/> 該当しない

以上の内容に相違ありません。

年 月 日

対象者(申請者)氏名 _____

※自署

.....
【区処理欄】 こちらの欄は記入しないでください。

受付者	申請方法	本人確認	添付書類	受 理 日:	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> マイナンバー	<input type="checkbox"/> 領収書	助成決定日:	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 証明書類	決定通知日:	年	月	日

申請金額の算定		
助成対象経費 (ア)	助成上限額 (イ)	助成金申請金額 (ア又はイのいずれか低い額)
円	円	円
助成決定金額		