

足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

提出先 足立区長

足立区アピアランスケア推進事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。
 なお、申請にあたり足立区が住民基本台帳を確認すること、がんの治療状況を確認するため、関係医療機関や調剤薬局等へ診療明細等の診療情報を照会することについて同意します。また、本書類の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

申請者 (助成対象者)	フリガナ				生年 月日	年 月 日			
	氏名				電話番号				
	住所	〒 足立区							
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(レンタル) したもの	ウィッグ 胸部補整具								
	過去の申請の有無： 無 有 (年 月頃) ※該当するものを○で囲んでください。								
購入(レンタル 開始)年月日	年 月 日								
申請金額の算定									
購入(レンタル)経費合計		ア×1/2の額 100円未満切り捨て		助成上限額(3万円) またはイのいずれか低い額		助成金申請額 (ウの合計金額)			
ウィッグ	ア	円	イ	円	ウ	円	円		
胸部補整具	ア	円	イ	円	ウ	円			
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所				
	預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄			口座番号				
	口座名義人 ※上記申請者と同じ	(フリガナ) (氏名)							
※口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状の記入が必要となります。									
委任状									
私は、上記口座名義人に足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金の受領について委任します。									
年 月 日 申請者氏名(自署)									
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けていることを証する書類(お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等で助成対象者の名前が記載されていること)のコピー(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が確認出来るもの、補整下着、補整用シリコンパッド、人工乳房の助成申請は乳房の切除をしたことが確認出来るもの、弾性着衣の助成申請はリンパ浮腫の原因となるリンパ節切除や放射線療法などを受けたことが確認出来るもの) <input type="checkbox"/> 領収書などウィッグ等の購入や購入金額及び購入日(レンタルやリースの場合、利用額と利用開始日)が確認出来る書類の原本(書類には助成対象者の名前が記載されていること)								