

<記入例>

第1号様式（第5条関係）

申請者の捺印を押印してください。

（捺印がない場合、訂正があった際には
訂正印をいただく必要があります。）

品川

品川区がん患者補正具購入等費用助成金交付申請書 兼 請求書

シャチハタは不可。朱肉を使う
印鑑を使用してください。

令和〇年〇月〇日

品川区長 あて

（申請者） 住 所 品川区広町 2-1-36

氏 名 品川 花子

助成対象者との関係 本人

電話番号 ××-××××-××××

品川区がん患者補正具購入等費用助成交付金を受けるため、品川区がん患者補正具購入等費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え申請します。

なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて同意します。

助成金の額が確定したときは、当該確定額を請求します。

西暦・和暦どちらでも可

助成対象者	フリガナ	シナガワ ハナコ		生年月日
	氏 名	品川 花子		19〇〇年〇月〇日
	住 所	品川区広町 2-1-36		
がんの治療状況	医療機関名	主治医	治療方法	
	〇〇〇〇病院	〇〇 〇〇	手術・放射線・化学療法 その他（ ）	
助成対象経費	区分	ウィッグ（ネット・帽子を含む）	胸部補正具	
	購入（レンタル）の年月日・金額（税込み）	ア（令和5年〇月〇日） 25,000 円	イ（令和5年〇月〇日） 8,000 円	
助成金交付申請額（ア+イ）	（上限3万円。3万円に満たない場合は購入実費（税込み）） 30,000 円		他からの助成の有無 有 ・ 無	
	限度額	30,000 円	交付決定額*1	
添付資料 （添付した書類に☑をつけてください）	☑補正具を購入等した日付及び金額の明細がわかる書類（領収書等） ☑がんの治療を受けている ☑申請者の本人確認書類の（健康保険証等）			

令和5年4月1日以降に
購入したものが対象

申請額の上限は3万円までです。
3万円以上の申請はできません。

※ 申請は1回に限り行うことができます。

*1 区の記入欄です。記入しないでください。

振込先	金融機関名	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種別 普通 ・ 当座							
	フリガナ	シナガワ ハナコ			口座 番号	×	×	×	×	×	×	×
	口座名義 （※申請者名義）	品川 花子										