

<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

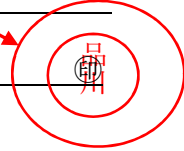
品川区長 あて

(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 ()	
	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6年〇月〇日) 25,000 円		イ (令和6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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> がんの治療を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の				
	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。				

令和5年4月1日以降に購入したものが対象
ただし、申請期限は購入日から1年以内です。期限を過ぎたものは申請できません。

※ 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	〇〇〇	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								