



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

年 月 日

品川区長 あて

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

助成対象者との関係 \_\_\_\_\_

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。

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所		
がんの治療状況	医療機関名		主治医
			治療方法 手術・放射線・化学療法 その他 ( )
助成対象経費 (いずれか、または両方の区分にご記入ください)	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 ( 年 月 日 ) 円	イ ( 年 月 日 ) 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)) 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 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 type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを客観的に証明する書類の写し <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し (個人番号カード、運転免許証、健康保険証等)		

※ 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	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	口座番号					
	口座名義 (※申請者名義)						