

年 月 日

中野区長あて

中野区がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付申請書兼請求書

中野区がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成事業実施要綱第 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。決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。

なお、申請に当たり、区が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報を調査すること並びに必要な場合に関係医療機関への照会及び診療明細を閲覧することについて同意します。

申請者 (アピアランスケア用品の利用者)	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名							
	住所	〒 中野区		電話番号				
がんの治療状況	医療機関名			治療方法	☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 ☐ その他（ ） ※該当するものに☑をつけてください。			
	主治医名							
がんの治療を受けている(いた)ことを証する書類	診断名（ ） ☐ 診療明細書 ☐ お薬手帳 ☐ その他（ ） ※該当するものに☑をつけてください。 ※ウィッグまたは帽子で申請される方は脱毛作用のある薬剤名がわかるもの、 胸部補整具で申請される方は乳房を切除したことがわかる文言の記載があるもの							
購入(レンタル)した補整具	☐ ウィッグ(ネット・インナーキャップを含む) ☐ 帽子(ネット・インナーキャップを含む) ☐ 胸部補整具(組み合わせて使用するパッドを含む)				いずれかに☑をつけてください 申請 1 回につき 1 点まで ※申請は通算 2 回まで			
購入(レンタル)した年月日	年 月 日							
他からの助成の有無	☐ あり ☐ なし ※いずれかに☑をつけてください。							
本事業の申請回数	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 (1 回目の申請 年 月 日)							
申請金額の算定	ア 購入(レンタル)経費		イ 助成金上限額		ウ 助成金申請額 (ア又はイのいずれか低い額)			
	円		30,000円		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	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号 ※右つめ					
フリガナ								
口座名義								

※ 申請者が未成年の場合は、「振込先」欄には、「申請者本人」又は「申請者の保護者」の振込先口座を記載してください。「申請者の保護者」の振込先口座を記載する場合は裏面の委任状を併せて記載してください。

様式第 1 号（第 6 条関係）

※申請者が未成年かつ「申請者の保護者」の振込先口座への入金を希望する際にご記入お願いします。

委 任 状

年 月 日

中野区長 あて

受給者(アピアランスケア用品の利用者)

住所_____

氏名_____⑩

私は、下記の者を代理人と認め、アピアランスケア用品に係る費用助成金受領の権限を委任します。

記

代理人

住所_____

氏名_____