

年 月 日

(宛先) 板橋区長

板橋区がん患者ウィッグ購入費等助成申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり板橋区がん患者ウィッグ購入費等の助成を申請し、下記金額を請求します。助成金は、下記の口座に振り込み願います。

※申請にあたり、板橋区長が私の住民基本台帳を閲覧すること及び助成金の交付状況を他自治体へ照会することに同意します。また、必要があるときは、関係医療機関、調剤薬局に診療明細等を照会することに同意します。

申請者(対象者が未成年のときは、同一世帯の親権者の申請も可)の氏名(フリガナ)、生年月日、対象者氏名、対象者住所、がんの治療状況、購入(レンタル)した補整具の種類、購入(レンタル)年月日、申請及び請求額(ア)円30,000円(ウ)円

※この申請で、最も古い領収日から1年以内の2個までの補整具の領収書を合算できます。ただし、「板橋区がん患者ウィッグ購入費等助成」を受けられるのはおひとり1回のみです。合算し忘れがあっても支給決定後の追加支給はできません。ご了承のうえ、ご申請ください。

振込先 金融機関名(銀行・信用金庫、信用組合・農協)、本店/支店/出張所、金融機関コード、店番号、口座名義人名(カタカナ)、口座番号(左詰め記入)

(注) ※ 太枠の中を記入してください。

【区処理欄】

申請(消印)日 年 月 日
受給者番号
助成決定年月日 年 月 日

申請書受付日