

記入例

説明をご一読の上、記入もれがないか  
ご確認の上お送りください

年 月 日

この書類を出  
す日付を記入  
してください

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  
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） （フリガナ）	氏名（自署してください。）		対象者との続柄
	（フリガナ）		
対象者氏名 （フリガナ）	生年月日		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
	（フリガナ）		
対象者住所	郵便番号	電話	（ ）
	板橋区		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法（該当する項目に○）
			手術 放射線 薬剤 その他（ ）
（写しを添付した項目に○をつけてください。）			
2個のときはその 合計金額を記入し てください	治療方針計画書・診療 その他（	(ア) (イ) の 少ない方を記入	左で出した (ウ) 上限3万円です
	種類（おひ		
した補整具	ウィッグ（保護ネット 胸部補整具		年月日
購入（イ外）経費合計	(イ)	(ア)(イ)いずれか少ない方	申請及び請求額
(ア)	円 30,000円	(ウ)	(ウ) 円

昼間、連絡が取れ  
る番号を記入して  
ください

2個のときはその  
合計金額を記入し  
てください

(ア) (イ) の  
少ない方を記入

左で出した (ウ)  
上限3万円です

※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			
	種別	口座名義人名（カタカナ）					
	1.普通 2.当座	申請者又は対象者名義の口座が 指定できます。					
	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