

✿ 記入例 ✿

申請手続きの注意事項をご一読のうえ、
太枠内をご記入ください。

令和 ◎ 年 ○ 月 △ 日

(宛先) 板橋区長

板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成申請書兼請求書

記入した日付を記入

関係書類を添えて下記のとおり板橋区がん患者等ウィッグ購入費等の助成を申請し、下記金額を請求
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、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） 氏名	氏 名（自署してください）		生 年 月 日					
	(フリガナ) イタバシ タロウ		昭和・平成・令和					
	板橋 太郎		○△ 年 ◎ 月 △△ 日					
対象者が未成年の 場合、同一世帯の 親権者氏名	(フリガナ)		対象者との続柄					
対象者住所	郵便番号 173 - 8501		日中連絡先 03 (3579) 2306					
	板橋区 板橋2-66-1							
治療状況	病名	医療機関	治療方法（該当する項目に○）					
	乳がん	〇〇〇病院	手術・放射線 薬剤（薬剤名： パクリタキセル ）					
治療を受けている （いた）ことを証 明する書類	写しを添付した項目に○をつけてください。							
	診療明細書・お薬手帳・手術したご 診断書・その他（							
購入（レンタル） した補整具	種類（対象者が使用するもの）							
	ウィッグ・毛付き帽子等・補整下着 エビデアーゼ・その他（							
購入（レンタル）経費		②	① ②のいずれか少ない方	申請及び請求額				
① 175,000 円		100,000 円	③ 100,000 円	③ 100,000 円				
助成の回数 （○で囲む）	初回	2回目 (右記1.2も記入)	1. 前回の助成の交付（自治体名： 板橋区 ）（令和 6 年 8 月） 2. 補整具の種類（ ウィッグ ）					
※前年度からの継続申請の場合、2回目まで交付を受けることができます。								
振込先	以前に板橋区及び東京都他自治体で 助成金の交付を1回受けた方は、2回目にご記入ください。 助成金の交付を2回以上受けた方は、対象外です。							
	振込先	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	金融機関 コード				
	種別	(○で囲む) 1. 普通 2. 当座						
	口座番号	口座名義人名（カタカナでご記入ください。） イタバシ タロウ						
		1	2	3	4	5	カタカナで記入 ※申請者名・領収書に記載のあて名と同一。	

【区処理欄】	
申請（消印）日	年 月 日
助成決定年月日	年 月 日