

柏市がん患者ウィッグ等購入費等助成金支給申請書

年 月 日

（あて先） 柏市長

柏市がん患者ウィッグ等購入費等助成金について、下記のとおり必要書類を添えて支給申請します。

【誓約事項】（□にチェック をして下さい。）

本市以外から同種の助成を受けていないことを誓います。

申請者	<u>対象者(がん患者)が未成年の場合、保護者を申請者として下さい。</u>			
	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名		電話番号	
住所	〒			
対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 齢	歳
	住所	〒		
治療 状況	医療機関名・主治医名		治療方法（○をつける）	
			手術・放射線治療・薬物療法・ その他（ ）	
助成 申請額	<u>区分毎に、原則、1人2回まで助成できます。</u> <u>ただし、2回の合計額に対して上限額を適用します。</u>			
	区分	購入（レンタル開始）日 ・金額（税込）※	助成申請額	過去の 助成利用
	ウィッグ	年 月 日 円	円（ア） （上限4万円）	有・無
	胸部 補整具	年 月 日 円	円（イ） （上限2万円）	有・無
	エピ テーゼ	年 月 日 円	円（ウ） （上限5万円）	有・無
	合計 ア+イ+ウ	円		
※同一区分で複数個の補整具の申請をする場合、最も古い購入（レンタル）日と、複数個の合計額を記載してください。				

裏面に続きます（記載必須）

振込先（申請者の口座を記入してください。）

金融機関名	本・支店名	種目	口座番号						
		1 普通							
金融機関コード	店舗コード	2 当座							
口座名義（カナ）									
口座名義									

【添付書類】

- 申請者及び対象者の本人確認書類（マイナンバーカードや運転免許証など）の写し
 - 補整具の利用に係るがん治療を受けた又は現に受けていることが分かる書類の写し（診断書，診療明細書，治療方針計画書など）
 - 補整具の購入又はレンタルに係る領収書の原本（宛名，購入又はレンタル開始日，金額，品目，発行元の記載があるもの）
- ※上記の添付資料がお手元に無い場合は，御相談ください。