第１号様式（第５条関係）

八王子市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金交付申請書

　　年　　　　　月　　　　　日

　　関係書類を添えて、下記のとおりのがん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金を申請します。なお、申請するにあたり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて、同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　 月　　 日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　八王子市　　　　　　　　　　　 丁目　　　　　番　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　－　　　　－　　　　　 |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | 主治医名 | 治療方法 |
|  |  | ①手術 ②放射線 ③薬剤　④その他（　　　　　　 ） |
| がんの治療を受けている（受けた）ことを証明する書類 | がんの部位又は名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）治療計画書 ・診療明細書 ・お薬手帳 ・ その他（　　　　　　　　　） |
| 購入（レンタル）した補整具 | 購入（レンタル）年月日 | 購入（レンタル）額 |
| ウィッグ | 　年　　　　月　　　　日　 | 円　 |
| 帽子 | 　　　年　　　　月　　　　日　 | 円　 |
| 胸部補整具 | 　年　　　　月　　　　日　 | 円　 |
| 他からの助成の有無 | １　無　　　　 ２　有（　　　　　年　　　　　月頃） |
| ≪以下、市記入欄≫------------------------------------------------------------------------ |
| 申請金額の算定 |
| 購入(ﾚﾝﾀﾙ)経費額 | 助成限度額 | ア又はイのいずれか低い額 | 助成決定額 |
| ア円　 | イ５０，０００円　 | ウ円　 | ウ円　 |

【市処理欄】

　助成決定日：　　　　年　　月　　日　　決定通知日：　　　　年　　月　　日　受付者（　　　 　　　　　）