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（　　　 　　　　　）