

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()