

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

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、下記金額を請求します。

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)		昭和・平成・令和	
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	
住所	郵便番号		日中連絡先 ()	
	板橋区			
治療状況	病名	医療機関名	治療方法（該当する項目に○）	
			手術・放射線 薬剤（薬剤名：)	
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・手術したことが分かる書類 () 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）		購入（レンタル）年月日	
	ウィッグ・毛付き帽子等・補整下着・人工乳房 エビテーゼ・その他 ()		年 月 日	
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 円	100,000 円	③ 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：) (令和 年 月)	
			2. 補整具の種類 ()	
※本助成金は、助成対象者お一人につき板橋区及び東京都他自治体を含め、2回まで交付を受けることができます。				

振込先	金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合 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	口座名義人名（カタカナでご記入ください。）							
		口座番号							
(左詰め記入)									

【区処理欄】

申請（消印）日	年 月 日
助成決定年月日	年 月 日