

江戸川区長 殿

江戸川区がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書



江戸川区がん患者アピアランスケア支援事業に係る助成金の交付を次のとおり申請します。決定した助成金は下記口座に振り込んでください。なお、この事業の実施に際し、江戸川区が住民基本台帳に記録された情報について閲覧すること及び必要に応じて医療機関等の関係機関に照会することに同意します。

申請者	郵便番号	〒						連絡先	
	住所								
	氏名	※ 対象者本人又は同一世帯の方が申請できます。						対象者との続柄	
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
助成対象経費及び請求額	補整具の品目	購入（レンタル）	1年以内に		請求額				
		年月日	支払った経費（ア）		（ア又は上限額の低い方）				
	<input type="checkbox"/> ウィッグ（ネット含む。） <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> 弾性着衣	令和 年 月 日	円		①（上限額 100,000 円）		円		
	<input type="checkbox"/> ウィッグ（ネット含む。） <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> 弾性着衣	令和 年 月 日	円		②（上限額 100,000 円）		円		
請求額の合計							①+②		円
要件確認	<input type="checkbox"/> 助成対象経費について他の法令等に基づく同種の助成、給付等を受けていません。								
振込先	金融機関名	金融機関コード			支店コード		預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄	
		銀行 信用金庫 信用組合			店出張所		口座番号		
	フリガナ								
	口座名義名								

添付書類

- 対象者ががん治療を受けていることを証する書類（診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書等）の写し
- 購入（支払）日、品目、金額、購入者等の明細が分かる書類（領収書等）の原本
- 申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し