

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

多摩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兼請求書

多摩市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金の交付を受けたいので、多摩市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、この申請の内容について、多摩市長が住民基本台帳を確認し、及び官公署、医療機関その他の関係機関に対し、資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。

太枠内を記入してください。

申請者	ふりがな			
	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日（歳）
	日中に連絡できる電話番号	— —		
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				手術・放射線・化学療法 その他（ ）
助成対象経費	補整具の区分	ウィッグ		胸部補整具
	購入等金額 (税込み)			
限度額	補整具1区分当たり50,000円		(市記入欄) 交付決定額 円	

また、助成金の交付の決定を受けた場合は、当該決定の日に助成金を請求するので、次の口座に振り込むよう依頼します。

なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に助成金の受領を委任します。

太枠内を記入してください。

助成金請求額		円									
		※ ただし、上記に記載した請求額と助成金の交付の決定により確定した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とします。									
振込先	金融機関名	銀行コード				支店コード(店番)					
	銀行 信金 農協 ( )				本店 支店 出張所 ( )						
	口座番号				預金種別				普通・当座		
	ふりがな										
口座名義人											

(市記入欄) 本人確認	確認者	確認方法	確認日
		電話・免許証・通帳 ・その他( )	年 月 日

(裏面)

【確認事項】※ 該当する項目に☑を記入してください。

これまでに多摩市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金の交付を申請したことがありますか。ある場合には、補整具の区分に☑を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補整具
ウィッグ・補整具購入等費用について他の市区町村等から助成を受けたことがありますか。ある場合には、市区町村等の名称を記入し、補整具の区分に☑を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 市区町村名：_____ <input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補整具

【添付書類】※ 添付する書類及び項目に☑を記入してください。

- ☐ 診療明細書、治療方針計画書その他のがんの治療を受け、又は治療を受けることが明らかであることを証明する書類の写し又は多摩市がん治療受診証明書
- ☐ 領収書等の補整具の購入日又は借受け費用の支払日並びにその品目及び金額が記載された書類
- ☐ 領収書等の金額の明細が記載された書類（上記の領収書等で金額の明細が確認できない場合）
- ☐ 預金通帳の写し等の助成金の振込先口座を確認できる書類