

練馬区長 殿

練馬区がん患者等アピアランスケア費用助成金交付申請書兼請求書

練馬区がん患者等アピアランスケア費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えてつぎのとおり申請します。  
 また、購入（レンタル）した品目について、他の法令等に基づく同種の助成、給付などの対象とならないことを誓約します。  
 決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。

なお、申請に当たり、区が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報を調査することならびに必要な場合に関係機関への照会および診療明細を閲覧することについて同意します。

申請日	年 月 日		申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目	
申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号	- -	
	住所	〒 - 練馬区			
対象者 (患者)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※こちらの対象者（患者）欄は記入不要です。 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ※こちらの対象者（患者）欄を記入してください。代理申請となります。				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号	- -	
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> 申請者と同住所 練馬区			
疾患名・ 治療状況	疾患名				
	医療機関名		主治医名		
	治療方法	<input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
購入(レンタル) 内容	対象品目	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補整具（補整下着、補整用パッド、人工乳房、入浴用肌着） <input type="checkbox"/> 帽子（毛付き帽子を含む。） <input type="checkbox"/> エピテーゼ（人工乳房を除く。） <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> 頭皮冷却用キャップ、冷却用グローブ・ソックス ※該当するもの全てに✓をしてください。			
	購入(レンタル) 年月日	年 月 日	購入(レンタル) 金額合計	円	
申請金額	円 ※購入(レンタル)金額合計が10万円を超える場合は「100,000円」とご記入ください。				
過去の助成歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （自治体名： 、1回目の助成金額： 円）				
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合		支店名	本店 支店 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		口座名義 (申請者)	フリ ガナ
	口座番号				
添付書類	<input type="checkbox"/> 治療状況がわかる書類の写し（診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳、医師の意見書 等） <input type="checkbox"/> 領収書等の写し ※購入日、宛名（申請者フルネーム）、購入金額、品目名、領収書発行者の記載があるもの <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、パスポート 等） <input type="checkbox"/> (18歳以上の患者の代理申請時のみ) 委任状 ※領収書の宛名・本人確認書類・振込先口座は、代理申請者の名義				

-----以下、練馬区使用欄（記入しないでください）-----

受付日	助成回数	ウィ ッグ	補整 下着	帽子	冷却用	人工 乳房	エビ テーゼ	弾性 着衣	入浴用 肌着	計	決定 年月日	
	助成歴	<input type="checkbox"/> 無				助成済額	円		購入等 金額計	円		
		<input type="checkbox"/> 有（ ）				残額	円					
備考	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 振込先											
											助成 決定額	<input type="checkbox"/> 100,000 円 <input type="checkbox"/> 円