別記第１号様式（第６条関係）

目黒区がん患者ウィッグ購入等費用助成金交付申請書兼請求書

目黒区長　宛て

申請日　　年　　月　　日

（申請者）住所

氏名

助成対象者との続柄

電話番号

※申請者は、助成対象者本人になります。
※助成対象者が未成年者の場合は、同一世帯の保護者が申請することができます。
※日中連絡が取れる電話番号を記入してください。

目黒区がん患者ウィッグ購入等費用助成事業実施要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、助成決定後は、その決定額を請求します。決定した助成額は下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり目黒区が住所等の確認のために私の住民記録台帳の閲覧や、必要がある場合に、関係機関に助成金の交付に必要な情報を照会することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">助成
対象者</td><td>ふりがな</td><td></td><td colspan="2">生年月日　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒
目黒区</td></tr>
<tr><td>がんの
治療状況</td><td>医療機関名</td><td>主治医名</td><td colspan="2">治療方法 ※該当する項目に☑を付けてください。
☐ 手術　☐ 放射線　☐ 薬剤
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">がんの治療を受けている（いた）ことを証明する書類</td><td colspan="3">診断名（　　）
※添付した写しの項目に☑を付けてください。
☐ 治療方針計画書　☐ 診療明細書　☐ お薬手帳　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">本事業による助成歴
※該当する項目に☑を付けてください。有の場合は、申請した自治体名等も記入してください。</td><td colspan="3">☐ 無
☐ 有 申請した自治体名（　　）
助成決定年月（　　年　　月）、補整具の種類（☐ ウィッグ ☐ 胸部補整具）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">購入（レンタル）した補整具
※右記いずれかに☑を付けてください。
※付属品や日常的なケア用品は対象外</td><td colspan="3">☐ ウィッグ（保護ネット含む）　☐ 毛付き帽子
☐ 人工乳房　☐ 補整下着　☐ 弾性着衣</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入（レンタル開始）した年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">申請金額の算定</td><td>申請及び請求額</td></tr>
<tr><td>購入（レンタル）経費（税込）</td><td>助成金上限額</td><td>(ア)(イ)いずれか少ない額</td><td rowspan="2">（ウ）
円</td></tr>
<tr><td>（ア）※送料や手数料は対象外
円</td><td>（イ）
１００,０００円</td><td>（ウ）
円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2">銀行
信用金庫
信用組合</td><td colspan="2">本店
支店
出張所</td><td>金融機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">預金種別
１普通
２当座</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>店番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>口座番号
（左詰）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>口座名義人名
（カタカナ）</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

添付書類　　**※上記申請者又は助成対象者名義の振込先口座をご記入ください。**

☐ 助成対象者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し
　※成年後見人又は未成年後見人が申請する場合は、成年後見人又は未成年後見人であることが確認できる書類の写しも添付
☐ がんの治療を受けていることを客観的に証する書類（治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳等）の写し
☐ 領収書等の写し（購入・レンタル（支払）日、品目、金額、購入者等の明細が分かる書類）
　※領収書でサービス内容が確認できない場合は、明細の写しも添付
☐振込口座の確認書類(銀行名、名義、口座番号が確認できるもの(通帳等))の写し※旧姓の場合、別途証明を添付