

## 北区がん患者に対する医療用ウィッグ等購入費助成金申請書

北区長 殿

北区がん患者に対する医療用ウィッグ等購入費助成金の支給を受けたいので、北区がん患者に対する医療用ウィッグ等購入費助成金支給要綱第5条の規定により、関係書類を添え、申請します。

なお、申請にあたり、区が住民記録の閲覧をすることや、必要に応じて関係機関への診療情報等の照会や診療明細の閲覧、過去の助成について照会することについて同意します。

申請者	フリガナ		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
電話番号                      —                      —				

申請できるのは、対象者（患者）本人です。

ただし、対象者（患者）が未成年である場合は、保護者が申請してください。

対象者 (患者)	フリガナ		生	年 月 日
	氏名		年 月 日	
	住所			
電話番号                      —                      —				
がんの治療状況	医療機関名	診療科・主治医名	治療方法	
			手術・放射線・薬剤・ その他（                      ）	
がんの治療を 証する書類	診療明細 ・ 治療方針計画書 ・ お薬手帳 ・ その他（                      ）			
購入等を行った補整具	品目	購入等年月日	購入等金額	
		年 月 日	円	
過去に受けた 助成の有無	1 あり 本事業による助成 ・ 他の制度（                      ） 助成決定年月：           年           月           助成金額：                      円 助成を受けた補整具の種類： ウィッグ等 ・ 胸部補整具  2 なし			