八王子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

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおりがん患者ウィッグ・補整具購入費等助成金を申請します。なお、申請するにあたり、私の住民基本台帳及び課税状況の閲覧や、必要がある場合に関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて、同意します。

- 7111-	1 1 HZ //4	· / • /			-, , ,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, , ,	,					
申請者(対象者)	フリ	ガナ											
	氏	名				生年月日			年	月	日		
		所	Ŧ										
	住		八王子市										
			電話										
がんの治療状況			医療機関名			主治医名				治療方法			
										①手術 ④その他		肘線	③薬剤
がんの治療を受けて いる(受けた)ことを証 明する書類			がんの部位と治療計画書		書・	お薬手	帳	・その他の	())		
購入(レンタル)した 補整具			購入(レンタル)年月日					Ħ	購入(レンタル)額				
ウィッグ				年	月	[3						円
帽子				年	月	F	3						円
胸部補整具			年	月	F	3						円	
他からの助成の有無		1 無	2 有(年		月頃)						

AND THE HEAVING TO									
申請金額の算定									
経費総額		アの 1/2				助成限度額	イ又はウのいずれか低い額 (助成決定額)		
ア		イ			ウ		上		
	円			円		30,000円	円		

【市処理欄】 住定日:

本制度申請履歴: