

記入例

様式第1号（第5条関係）

申請書を窓口へ提出される日
またはポストに投函する日を
記入してください。

令和6年4月5日

（宛先）小金井市長

小金井市がん患者ウィッグ・補正具購入費等助成金交付申請書兼請求書

原則として、助成対象者、申請者、
振込先の口座名義人は同一です。
助成対象者が未成年の場合は、親
権者の方を申請者としてくださ
い。

ウィッグ・補正具購入費等助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり小
・補正具購入費等助成金の交付を申請します。
ついで、小金井市長が住民基本台帳を確認し、及び官公署、医療機関その
の提供を求め、又は事実の確認もしくは聴取を行うことに同意します。

助成対象	氏名	小金井 花子		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
	住所	小金井市 貫井北町5-18-18						
	電話番号	042-321-1240						
申請者	氏名	小金井 花子	印	助成対象者との続柄				
	住所	同上						
	電話番号	同上						
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院		主治医名	小金井 太郎			
		手術・ <u>放射線</u> ・薬剤 その他（ ）						
購入等（レンタル等）したウィッグ又は胸部補正具	購入（レンタル等開始）年月日	令和5年12月1日		購入（レンタル等）金額	55,000 円		請求金額	20,000 円
	過去の助成歴	ウィッグ・補正具購入等費用について、以前に市区町村等（小金井市を含む）から助成を受けたことがありますか。ある場合には、市区町村の名称を記入し、ウィッグ又は補正具の区分に <input checked="" type="checkbox"/> を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 市区町村名： 〇〇市 <input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ（ 1 回） <input type="checkbox"/> 補正具（ 回） <input checked="" type="checkbox"/> がん治療を受けていること又は過去に受けていたことを証する書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）の写し（ウィッグの助成を受けていることを確認できるもの、胸部補正具の助成申請は乳房のもの） <input checked="" type="checkbox"/> 領収書などウィッグ又は補正具の購入、購入金額及び購入日（レンタル及び利用開始日）が確認できる書類の原本（書類には助成対象者の名前） <input checked="" type="checkbox"/> 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						

購入（レンタル等）の金額が2万円に満たない場合は実費、2万円を超える場合は2万円と記入してください。

購入又はレンタル等開始日の翌日から1年以内に申請してください。

過去に、ウィッグや補正具の購入等の費用の助成を受けたことがある場合は、記入してください。

助成金の交付決定を受けた場合は、次の口座に振り込むよう依頼します。

振込先	金融機関名	銀行コード	1	1	1	1	支店コード（店番）	1	1	1	
		小金井	銀行 信金 農協 ()				小金井	本店 支店 出張所 ()			
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	預金種別	普通・当座	
	ふりがな	こ	が	ね	い		は	な	こ		
	口座名義人	小金井 花子									