

墨田区長あて

### 墨田区がん患者等アピアランスケア費用助成金交付申請書

墨田区がん患者等アピアランスケア費用助成金の交付を受けたいので、墨田区がん患者等アピアランスケア費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、墨田区が住所等の確認のために私の住民記録を閲覧すること及び必要がある場合に関係機関へ照会すること並びに診療明細を閲覧することについて同意します。

申請者 (助成対象者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 墨田区 電話番号 ( )		
疾病等の 治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他 ( )
疾病等の治療を 証する書類	該当するものを で囲む。 お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・その他 ( )			
助成対象経費	領収書の枚数		対象経費 合計金額 (ア)	
	枚		対象外の品は合計から除く。 円 (税込み)	
申請額の算定	助成上限額 (イ)		助成金申請額	
	100,000 円		(ア)又は(イ)のいずれか低い額を記入 円	
来所者確認	本人	本人以外	続柄 ( )	
		氏名:		
		住所:		

領収書の日付の翌日から1年以内に申請が必要です。

\*\*\*\*\*

【区処理欄】 年 月 日

住民登録の有無	あり	なし
本区助成歴	なし	1回
交付金額	円	

担当	主査

(区申請受付印)