

令和 8 年 4 月 5 日

豊 島 区 長

記入例

(申請者)

住所 豊島区 東池袋4-42-16

氏名 (本人自署) 豊島 太朗

電話番号 03-3987-4243

豊島区がん患者のウィッグ・胸部補整具等購入費用助成金交付申請書

豊島区がん患者のウィッグ・胸部補整具等購入費用助成事業による助成金を受けるため、豊島区がん患者のウィッグ・胸部補整具等購入費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

また、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録を豊島区が調査することについて同意します。

がんの治療状況	医療機関名	主治医	治療方法
	〇〇病院	池袋 花子	手術・放射線・薬剤 その他()
がん治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類()		
今回購入した補整具の種類	(1)ウィッグ(ネット・帽子を含む) (2)胸部補整具	購入年月日	令和 8 年 4 月 1 日
購入額	63,000円	申請額	50,000円
本事業による助成歴	1. 有 →以下をご記入ください。 助成決定年月… 年 月 日 助成を受けた補整具の種類(ウィッグ) 2. 無		購入額が上限額に満たない場合は、 購入額が申請額になります。 <上限額> ウィッグ 50,000円 胸部補整具 20,000円

※該当するものに〇印をつけてください。

振込先金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	池袋	支店
振込口座	預金種別	普通 ・ 当座 (いずれかに〇)	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
口座名義(カタカナ)		トシマ タロウ		
口座名義		豊島 太朗		

※お振込口座は、ご本人様のものとします。