

別 記

第 1 号様式（第 5 条）

浦安市がん患者医療用補整具等購入費等助成申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

医療用補整具等購入費等の助成を受けたいので、浦安市がん患者医療用補整具等購入費等の助成に関する規則第 5 条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

がんの治療状況	医療機関名		主治医名		治 療 方 法		
					手術・放射線・薬剤 その他（ ）		
ウィッグ （購入・借受け）	購入年月日		購入等に要した費用（税込）		ウィッグ助成申請額		
	年 月 日		円		3 万円又は購入等に要した費用（税込）の いずれか少ない方の額を記入してくださ い。 円		
	借受け期間						
	自 年 月 日 至 年 月 日						
胸部補整具 （購入）	購入年月日		購入に要した費用（税込）		胸部補整具助成申請額		
	年 月 日		円		2 万円又は購入に要した費用（税込）のい ずれか少ない方の額を記入してください。 円		
エピテーゼ （購入）	購入年月日		購入に要した費用（税込）		エピテーゼ助成申請額		
	年 月 日		円		5 万円又は購入に要した費用（税込）のい ずれか少ない方の額を記入してください。 円		
本事業助成の有無		有 →助成決定年月日（ 年 月 日）種類（ウィッグ・胸部補整具・エピテーゼ） 無				他の助成の有無	
						有 ・ 無	
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合		本店・支店 出張所	預金種別		
	フリガナ			口座番号	普通 ・ 当座		
	口座名義						
添 付 書 類		(1) 治療方針計画書、抗がん剤治療同意書の写しその他がんの治療を 受けていることを証する書類 (2) 医療用補整具等の購入等をした日付及び金額を証する書類					