

記入例 その1 対象者(患者)が成人の場合

第1号様式(第5条関係)

杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成金交付申請書兼請求書

令和〇年〇月〇日

杉並区長宛

朱肉を使う印鑑で捺印してください。
(スタンプ式の印は不可)

杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成金の交付を受けるため、杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

また、「個人情報の取扱い」の内容を確認したほか、区が医療機関や調剤薬局等に対して、助成金の交付に必要な情報を照会することに同意します。

申請者(※1)	フリガナ	スギナミ タロウ	対象者(患者)との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人
	氏名	杉並 太郎		
	住所	〒166-〇〇〇〇 杉並区 〇〇 〇-〇-〇		

※1…申請することができるのは対象者(患者)本人です。
ただし、対象者(患者)が未成年者である場合は、保護者が申請してください。

対象者(患者)	フリガナ		生年月日	昭和〇年〇月〇日		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上				
	住所	〒杉並区			<input checked="" type="checkbox"/> 同上	
がんの治療	医療機関名	〇〇病院	診療科	〇〇科	主治医名	〇〇 〇〇
	がんの部位(又は病名)	〇〇〇〇	治療方法(〇をつける)	薬物療法・放射線治療・手術 その他()		
がんの治療を証する書類(添付書類) (〇をつける)			診療明細書 調剤明細書 その他()			
本事業又は他の法令等による同種の助成歴の有無(〇をつける)			有・無 (「無」のみ申請できます)			
助成対象経費(※2)	購入(レンタル)品目(〇をつける)		ウィッグ等・胸部補整具			
	購入(レンタル)費用・年月日		ア	55,000 円	令和〇年〇月〇日	
助成金申請額の計算	アの金額		助成上限額		助成金申請金額 (アとイの低い方)	
	55,000 円		イ	30,000 円	30,000 円	

※2…対象となる経費は、ウィッグ等の補整具1点の購入又はレンタルに係る経費です。(消費税を含む。送料・手数料を除く。)

振込先(※3)	金融機関名	〇〇〇〇	銀行	信用金庫	信用組合	〇〇	本店	支店	出張所	預金種別	普通・当座
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0	フリガナ	スギナミ タロウ 杉並 太郎							

※3…振込先に指定できるのは、「申請者」名義の口座です。

個人情報の取扱い

杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成事業において、区は申請時に取得した個人情報を適切に管理し、法令に基づき提供を要求された場合等を除き、本人の同意を得ることなく、その個人情報を第三者に提供したり、以下の利用目的の範囲を超えて利用することはありません。下表以外の目的で個人情報を利用する必要がある場合は、改めて同意をいただきます。

個人情報	利用目的
・患者の氏名、生年月日、住所、治療情報	助成金対象の審査、審査に伴う医療機関や調剤薬局等への照会
・口座情報	助成金の交付

記入例 その2 対象者(患者)が未成年者の場合

第1号様式(第5条関係)

杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成金交付申請書兼請求書

杉並区長宛

朱肉を使う印鑑で捺印してください。
(スタンプ式の印は不可)

2000年 0月 0日

杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成金の交付を受けるため、杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
また、「個人情報の取扱い」の内容を確認したほか、区が医療機関や調剤薬局等に対して、助成金の交付に必要な情報を照会することに同意します。

申請者(※1)	フリガナ	オギクボ ハルコ		対象者(患者)との続柄	母 <input type="checkbox"/> 本人
	氏名	荻窪 春子	<input checked="" type="checkbox"/> 荻窪		
	住所	〒167-0000 杉並区 00 0-0-0			電話番号

※1…申請することができるのは対象者(患者)本人です。
ただし、対象者(患者)が未成年者である場合は、保護者が申請してください。

対象者(患者)	フリガナ	オギクボ ナツコ		生年月日	平成0年0月0日
	氏名	荻窪 夏子	<input type="checkbox"/> 同上		
	住所	杉並区	対象者(患者)が未成年者の場合は、保護者が申請してください。		<input checked="" type="checkbox"/> 同上
がんの治療	医療機関名	00病院		診療科	00科
	主治医名	00 00			
がんの部位(又は病名)	0000			治療方法(○をつける)	薬物療法・放射線治療・ <input checked="" type="checkbox"/> 手術 その他()
がんの治療を証する書類(添付書類) (○をつける)				<input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 調剤明細書 その他()	
本事業又は他の法令等による同種の助成歴の有無(○をつける)	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 (「無」のみ申請できます)				
助成対象経費(※2)	購入(レンタル)品目(○をつける)	ウィッグ等・ <input checked="" type="checkbox"/> 胸部補整具			
	購入(レンタル)費用・年月日	ア	22,000 円	令和0年0月0日	
助成金申請額の計算	アの金額	助成上限額	助成金申請金額(アとイの低い方)		
	22,000 円	イ 30,000 円	22,000 円		

※2…対象となる経費は、ウィッグ等の補整具1点の購入又はレンタルに係る経費です。(消費税を含む。送料・手数料を除く。)

振込先(※3)	金融機関名	0000	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 信用金庫 信用組合	00	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 支店 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0	フリガナ	オギクボ ハルコ			
	口座名義	荻窪 春子					

※3…振込先に指定できるのは、「申請者」名義の口座です。申請者(保護者)名義の口座を指定してください。

個人情報の取扱い

杉並区がん患者のウィッグ購入費等助成事業において、区は申請時に取得した個人情報を適切に管理し、法令に基づき提供を要求された場合等を除き、本人の同意を得ることなく、その個人情報を第三者に提供したり、以下の利用目的の範囲を超えて利用することはありません。下表以外の目的で個人情報を利用する必要がある場合は、改めて同意をいただきます。

個人情報	利用目的
・患者の氏名、生年月日、住所、治療情報	助成金対象の審査、審査に伴う医療機関や調剤薬局等への照会
・口座情報	助成金の交付