

荒川区長 宛

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 ※1 電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
 メールアドレス \_\_\_\_\_

※1 日中連絡が可能な番号

荒川区アピランスケア支援事業助成金を受けるため、荒川区アピランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え申請します。

なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に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、診療明細を閲覧することについて同意します。

記

該当箇所にチェックを入れてください					
住民記録の閲覧や関係機関への照会の同意 <input type="checkbox"/> 同意する			他からの助成の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
申請回数	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 2回目	2回目の方 記入欄	前回の申請品目( ) 前回の交付金額( )	
助成対象者(児)	フリガナ		生年月日		
	氏名		年 月 日		
	住所	荒川区 町屋・荒川・南千住・東尾久 西尾久・東日暮里・西日暮里			
治療状況	疾病名	医療機関名	治療方法		
			<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤(抗がん剤) <input type="checkbox"/> その他( )		
申請品目すべてにチェックを入れてください		アピランスケアが必要であることを証明する書類		助成金交付申請額	
助成対象品目	<input type="checkbox"/> ウィッグ (ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネットを含む)	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> その他( ) ※医師の意見書にかかる文書料は本事業の対象に含まれません		上限5万円であり、上限額以上の記載は5万円とする。 5万円未満の場合は購入実績を記載(税込)	
	<input type="checkbox"/> 帽子 (毛付き帽子、医療用帽子等)	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> その他( ) ※医師の意見書にかかる文書料は本事業の対象に含まれません		上限3万円であり、上限額以上の記載は3万円とする。 3万円未満の場合は購入実績を記載(税込)	
	<input type="checkbox"/> 胸部補整具	<input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 手術等証明書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> その他( ) ※医師の意見書にかかる文書料は本事業の対象に含まれません			
	<input type="checkbox"/> 弾性下着	<input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書 <input type="checkbox"/> 加入保険の療養費請求書(または支給明細書等申請状況が確認できるもの) ※上記2点どちらも必要になります			
	<input type="checkbox"/> エピテーゼ	<input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 手術等証明書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> その他( ) ※医師の意見書にかかる文書料は本事業の対象に含まれません		円	
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号	
フリガナ					
口座名義					

対象者が未成年者の場合のみ「振込先」を「対象者の保護者」の口座にすることができます。