

がん患者補整具等購入費等助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市赤坂1-3-1

申請者 氏 名 保健 福子

生年月日 昭和〇年〇月〇日

電話番号 0476-27-〇〇〇〇

(携帯番号) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

がん治療を受けた方(成田市民)の氏名を申請者欄にお書きください。

申請者が未成年の場合、保護者が申請者となります。

がん患者補整具等購入費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

がんの 治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
	〇〇病院	〇〇医師	化学療法・放射線療法	手術
	領収書が複数枚ある場合、 1番古い日付をお書きください。		その他()	
ウィッグの購入 又はレンタル	購入日	令和4年4月12日	レンタル額	助成申請額
	レンタル期間		45,000円	30,000円
胸部補整具 の購入	購入日	令和4年4月1日	購入額	助成申請額
	助成対象品の金額の合計(ケア用品 や送料など対象外のものを除く)		30,000円	20,000円
エピテーゼ の購入	購入日	令和6年4月1日	購入額	助成申請額
			150,000円	50,000円
本市以外からのがんの治療を受けた者に対する類似 の助成又は国若しくは本市の他の助成の受給の有・無				有・無
振 込 先	金融機関名	△△ 銀行 農	「有」(他の制度により類似の助成を受けている)の場合は助成できません。	
	口座種別	△△ 本店・支店・支所		
	口座番号	普通・当座		
	フリガナ	ホケン フクコ		
口座名義人	保健 福子			
添付書類	申請者名義の口座をお書きください。 (本人が未成年の場合は親権者の口座) 申請者以外の者の口座を希望する場合は、委任状を添付してください。(振込先に指定できます)			
添付した書類に をつけてください	☑がんの治療または手術をした ☑領収書原本 □レンタル ☑カタログ、品名、品番、メ (領収書に購入したものが助 ☑振込口座(申請者名義)の			

申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。 承諾者氏名(自署) 保健 福子

領収書見本

宛名	領収書	令和4年4月〇日	発行日
	保健 福子 様		
	領収金額 ￥45,000円—		
	上記金額を正に領収しました		購入内容
	但し、医療用ウィッグ代として		
	××会社 〇〇店 ⑩		発行者
	千葉県〇〇市△△		
	0476-××-××××		
	代表 ⑩		

- 【宛名】申請者及び対象者（ウィッグや胸部補整具を必要とする人）と宛名は同じ人となります。宛名には「上様」や名字のみではなく、フルネームが必要です。対象者が未成年の場合のみ、領収書の宛名を親権者とし、親権者が申請可能です。
 - 【発行日】令和4年4月1日以降の日付、発行日から2年以内に申請してください。領収書が複数枚の場合は、一番古い領収書の日付の翌日から2年以内に申請してください。
 - 【発行者】発行者の名称と住所の記載が必要です。
 - 【購入内容】「お品代」や「ウィッグ他」ではなく助成対象品(※)であることが分かる金額の内訳の記載が必要です。（代引き手数料、送料は助成額の対象外です。）
 - （例1）医療用ウィッグ代として △△円
 - （例2）医療用ウィッグ代 △△円，頭皮用保護ネット △△円，スタンド△△円また、領収書に購入（レンタル）物ごとの品名・品番・金額の記入がない場合、これらがわかるカタログ（購入明細・納品書）等の写しを添付してください。
- ※ウィッグ（かつら）と頭皮保護用ネット、毛付き帽子が対象です。
ブラシ・スタンド・シャンプーなどケア用品は対象外です。