

がん患者補整具等購入費等助成申請書

購入日又はレンタルを開始した日の翌日から2年以内の日付で申請してください(必着) 領収書が複数の場合は古いものから2年です

年 月 日

(あて先) 成田市長

レンタル期間終了日までの費用に対し助成します。申請日は終了日以降になります

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 氏名 成田市赤保健 福子
生年月日 昭和〇年〇月〇日
電話番号(携帯番号) 0476-27-〇〇〇〇 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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。

Table with columns for medical institution, doctor, treatment method, purchase date, amount, and application amount. Includes rows for wig purchase, chest prostheses, and chemotherapy. Includes a section for bank transfer details and attached documents.

申請額の書き直しは認められません

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)

「有」(他の制度により類似の助成を受けている)の場合は申請できません

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(書式自由)を添付してください(振込先に指定できます)

レシートでも可能です。インターネットなど通信販売の場合、店舗や販売者からの領収書を発行してもらるか、ネット内の決済画面を印刷してお持ちください

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		
	金額5万以上で収入印紙が必要		
	××会社 〇〇店 印		発行者
	千葉県〇〇市△△		
	0476-××-××××		

クレジットカード払いでは収入印紙は不要です
(例) クレジットとして等の記載が必要です

- 【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、発行日の翌日から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ある。
- 【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。
 - ※補整下着については乳がん患者のための品目が対象です。