

記入例

- ・ 申請者
 - ・ 対象者
 - ・ 領収書の名前
 - ・ 口座名義人
- は原則同一人物※でお願いします

※対象者が未成年者
(18歳未満の者)の場合は、

- ・ 申請者
- ・ 領収書の名前
- ・ 口座名義人
- ・ 委任状の代理人氏名

は保護者氏名でお願いします。

愛知県内の他市町村で同様の助成等を受けたことがある方は、本事業の対象となりませんので、ご注意ください。

※申請額(請求額)の金額の訂正がある場合、書き直しが必要となりますのでご注意ください。

領収書に記載された金額のうち、助成対象となるもの(ウィッグ、頭皮保護用ネット、補正下着、補正パッド、人工乳房)の金額(税込)を記載してください。
※対象とならないものを除いた金額です。

様式第1号(第5条関係)
豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

豊明市長 殿

申請者 (住所) 氏名 (自署)
助成対象者との続柄 (□保護者 □本人)
電話 ()

豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金交付要綱に基づき、次のとおり交付申請及び請求します。
なお、申請内容について住民基本台帳を閲覧することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

フリガナ			生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
対象者 氏名	□申請者と同じ			
住所	〒 □申請者と同じ			
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具		
補整具について他からの助成の有無	愛知県内での助成を受けたことが 無 () 有 ()	愛知県内での助成を受けたことが 無 () 有 ()		
購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日		
補助対象経費 領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄)		(続柄)	
購入費用	① 円(税込)	② 円(税込)		
補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円の いずれか少ない方の額) 円	④ (②の1/2又は20,000円の いずれか少ない方の額) 円		
補助金交付申請額(請求額) (③と④の合計額を記入してください。)			円	
振込先 (申請者の 名義)	金融機関名			
	口座種別			
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人	本店・支店		



申請する前のチェックリスト

下記の提出書類3点（①申請書兼請求書、②治療を証明する書類（コピーも可）、③領収書）がすべて揃っているかご確認ください。

☐ ①申請書兼請求書

- ☐ 1. 記入例の通り記入した。
- ☐ 2. 補助金交付申請額（請求額）欄の金額の訂正がない。

※申請額（請求額）欄の金額の訂正がある場合、書き直しが必要となります。

☐ ②治療を証明する書類

- ☐ 1. 対象者本人氏名の記載がある。
- ☐ 2. 疾患名の記載がある。
- ☐ 3. ウィッグ：脱毛の原因となる抗がん剤名の記載がある。
乳房補整具：手術名（乳房切除等の治療内容等）の記載がある。
- ☐ 4. 医療機関名の記載がある。

※すべての書類に対象者氏名、医療機関名の記載が必要となります。

☐ ③領収書

- ☐ 1. 対象者本人氏名（未成年者（18歳未満）の場合は保護者氏名）の記載がある。
- ☐ 2. 購入日の記載がある。
（購入した日の翌日から1年以内）
- ☐ 3. 購入金額の記載がある。
- ☐ 4. 購入内容（ウィッグまたは乳房補整具）の記載がある。
例）ウィッグ代金、乳房補整具代金

※領収書が発行されなかった場合

→購入内容及び購入金額が確認できる書類（上記の4項目の記入があること）を提出してください。

例）レシートやクレジットカード売上票、

購入したウィッグが掲載されているパンフレットやカタログ等

※納品書等の支払いが確認できない書類は認められませんので、ご注意ください。

- ☐ 申請はウィッグ・乳房補整具でそれぞれ1回ずつであることを了承済みである。