

記入例

- ・ 申請者
- ・ 対象者
- ・ 領収書の名前
- ・ 口座名義人

原則同一人物※

をお願いします

※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

は保護者氏名をお願いします

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。

様式第1号(第6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

豊明市長 殿

申請者 住所 氏名 電話番号

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、下記のとおり交付申請します。また、補助金の交付が決定した場合は補助決定額を請求します。

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。

大 名 義 者	フリガナ 氏 名 住 所	生年月日 年 月 日	年 月 日
	☐ 申請者と同じ		
	☐ 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在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又は顔面(眼・耳等)や手指の欠損を証明する書類	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・入院診療計画書 ・その他() ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補正具の種類	ウィッグ	乳房補正具	エビテーゼ
補正具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領収書の名前及び申請者との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)
購入費用	円(税込)	円(税込)	円(税込)
補助対象額	①(①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)	②(②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)	③(③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)
	円	円	円
補助金交付申請額 (①+②+③の合計額を記入してください)	円		
振込先	金融機関名	本・支店名	本店・支店
	口座種別	支店番号	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

領収書に記載された金額のうち、助成対象となるものの金額(税込み)を記載してください。

助成対象 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、エビテーゼ

☒ 申請する前のチェックリスト

下記の提出書類 3 点がすべて揃っているかをご確認ください。

☐ 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. 以下の記載がある。

ウィッグ	脱毛の原因となる抗がん剤名の記載がある。
乳房補正具	手術名の記載（乳房切除等の治療内容等）がある
エピテーゼ	手術名の記載（顔面や手指切除等の治療内容等）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。エピテーゼは令和 8 年 4 月 1 日以降購入。）
- ☐ 3. 購入金額の記載がある。（現金で支払った部分のみ対象）
- ☐ 4. 購入内容（ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼ）の記載がある。
例）ウィッグ代金、乳房補整具代金、エピテーゼ代金

※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（**③領収書**の 4 項目の記載があること）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・エピテーゼで、それぞれ 1 回ずつであることを了承済みである。