

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

間に連絡がつく電話番号をご記入ください。

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。  
 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。

同じ	生年月日	年 月 日
同じ		
医療機関名		
疾患名		
治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
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。		
ウィッグ	乳房補整具	
無 ・ 有	無 ・ 有	
年 月 日	年 月 日	
(続柄 )	(続柄 )	
円 (税込)	②	円 (税込)
(①の 1/2 又は 20,000 円の いずれか少ない方の額)	④ (②の 1/2 又は 20,000 円の いずれか少ない方の額)	円
		円
	本・支店名	本店・支店
	支店番号	

助成対象者の氏名、住所（住民票住所）、生年月日等を記載し、申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に  を記入して、氏名、番号が省略可能です。

がん治療を行った医療機関等を記載してください。

治療内容等がわかる書類のコピーを添付してください。  
 ・ウィッグ：病名、対象者氏名、医療機関名、抗がん剤名等  
 ・乳房補正具：病名、対象者氏名、医療機関名、手術内容（乳容）等

他で同様の助成等を受けられる場合は、本事業の対象となりません。

補正具の購入日（領収書の日付）、領収書の名前（本人と違う場合は記載してください）を記載してください。

領収に記載された金額のうち、助成対象となるもの（ウィッグ着、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。