

記入見本

第1号様式(第5条第1項)

- ※ 購入日又はレンタルを開始した日の翌日から1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1年です。
- ※ レンタル開始日からの申請時点までの費用を合算し助成します。
- ※ 購入の支払いが分割払いの場合、申請日は全額完納日以降になります。

習志野市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入等費用助成金交付申請書

習志野市長 宛て

ウィッグ又は胸部補整具を必要とする方(習志野市民)の氏名を申請者欄にご記入ください
(振込先口座を持っていない未成年者の場合は親権者での申請も可能)

年 月 日

次のとおり、習志野市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入等費用助成金の交付を申請します。
なお、交付申請の対象となるウィッグ及び胸部補整具について、他の地方公共団体から同種の助成を受けていません。

申請者	フリガナ	ナラシノ ハナコ		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	習志野 花子			
	住所	習志野市鷺沼2-1-1		薬による脱毛は薬物治療に〇をしてください	
	電話番号	平日日中に連絡がとれる電話番号をお書きください			
がん治療の状況	医療機関名	〇〇病院			
	治療方法(該当するものに〇をしてください。)	手術・薬物治療・放射線治療 その他()			
対象品	ウィッグ		胸部補整具		
レンタル開始日	令和5年 6月 1日		令和5年 6月 1日		
購入又はレンタル費用の額	35,000円		25,000円		
申請額	30,000円(ア) (上限30,000円)		20,000円(イ) (上限20,000円)		
	合計((ア)+(イ))		50,000円		

令和5年6月1日より前に購入又はレンタル開始した場合は助成対象外です

助成対象品の金額の合計(ケア用品、交通費及び送料を除く)

振込先	金融機関名	本店 支店				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
	<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)					
添付書類	1 診断書、治療方針計画書、化学療法に関する説明書等のがん患者であることが確認できる書類(申請者の氏名及び医療機関名が記載されているもの)の写し 2 ウィッグ又は胸部補整具の購入等に要した費用の支払いを証する書類(支払日が記載されているもの) 3 預金通帳の写し(金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号のわかるもの)					

市処理欄

- ※ 申請者名義の口座をご記入ください。
- ※ 申請者以外の口座を希望する場合は、健康支援課にご相談ください。

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の発行を依頼してください。

