

記入上の注意

- 黒インクペンまたはボールペンで記入してください。消えるボールペンや鉛筆は使用しないでください。
- 訂正する場合は、間違った箇所にも二重線を引き、申請者の印鑑と同じハンコで訂正印を押して書き直してください。修正液、修正テープは使用しないでください。

記入例

様式第1号（第5条関係）

大月市がん患者アピアランスケア助成事業申請書兼請求書

(宛先) 大月市長

提出日を記入してください

※申請は領収書の日付から1年以内であれば可能

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

関係書類を添えて、次のとおり補整具購入費用の助成を申請及び請求します。なお、次のことについて同意します。

- 助成要件確認のため、市が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること
- 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

同意していただけることが申請の条件です  
すべてに✓をお願いします

申請者はがん治療を受けている助成対象者  
ご本人を記入してください  
18歳未満の場合は保護者が申請者となります

申請者	ふりがな	おおつき はなこ	
	氏名	大月 花子	昭和○年○月○日(○歳)
	住所	〒401-0000 大月市大月○-○-○	電話 090 (1234) 5678

日中連絡が取れる電話番号

助成対象者	ふりがな	生年月日
	氏名	年
	住所	話 ( )

がん治療を受けている方が18歳未満の場合は  
こちらに記入してください

他の自治体で助成を受けたことが  
ある方は必ずお申し出ください

今回の補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。	はい・いいえ	
助成対象補整具の種類(申請する補整具に <input checked="" type="checkbox"/> )	購入金額	購入日
<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ(部分用ウィッグ及びヘアエクステンション、頭皮保護用のネットを含む。)、帽子(毛付きのものを含む。)	18,000 13,500 円 (税込)	令和○年○月○日 令和○年○月○日
<input type="checkbox"/> 乳房用の補整下着(下着とともに使用するパッドを含む。)	円 (税込)	
<input type="checkbox"/> 人工乳房・乳頭(乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。)	円 (税込)	

補整具を複数の店舗で購入し  
領収書が分かれている場合は  
領収書ごとに記入してください  
但し、助成額に上限があります

補助申請額	20,000 円(購入額または助成上限額の合計) (※補整具ごとの助成上限額 ウィッグ:2万円 補整下着:2万円 人工乳房:10万円)	
振込先 (申請者の口座)	銀行・信用金庫	預金種別
	信用組合・農協	普通・当座
	フリガナ	口座番号
	口座名義	
添付書類 (必須)	□がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(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に限る。)	
	□領収書(助成対象者の氏名、購入した年月日、品名、金額、品名、台数)	
	□振込先の口座の通帳などの写し(カナ名義及び口座番号)	

領収書は原本を添付(コピーは不可)  
氏名(フルネーム)、購入した年月日、金額、品名、台数  
領収書発行者の名称・所在地の記載があるもの