

【記入例】

別記様式（第4条関係）

羽曳野市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金 交付申請書兼請求書

羽曳野市長 様

下記のとおり、羽曳野市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費の助成を受けたいので申請及び請求します。

また、助成金の交付要件の該当性を審査するため、市長が必要な住民基本台帳情報の確認を行うことに同意します。

申請日 年 月 日

住所
申請者 ① 氏名 印
② 続柄 電話

助成対象者	住所					
	フリガナ					
	氏名					
	電話番号	生年月日	年 月 日			
助成対象費用	医療用ウィッグ	③ 円	購入日	④ 年 月 日		
	乳房補正具(右側)	円	購入日	年 月 日		
	乳房補正具(左側)	円	購入日	年 月 日		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所				
	普通・当座・貯蓄	口座番号				
	① 口座名義人	(カタカナで記入)				

代理人が助成金の申請・受領を行う場合は、記入してください。

委任状 私は、上記の申請者を代理人と認め、羽曳野市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金の⑤申請及び受領・申請を委任します。

助成対象者 ⑥ 印
(自署又は記名押印をお願いします。)

※以下は、記入しないで下さい

添付書類

⑦ 医療用ウィッグ：医師の診断書その他の脱毛の副作用がある抗がん剤治療を受けていること又は当該治療を受けた後の経過観察中で通院していることを明らかにする書類（医師の診断書や説明書、治療計画書など）

⑧ 乳房補正具：乳がん治療に伴う外科的治療を受け、乳房の変形が認められたこと及び当該変形に係る部位を明らかにする書類（手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など）

⑨ 助成対象費用の購入額及び購入日を明らかにする書類（購入日、品名、助成対象費用の金額を記載したもの）

その他（ ）

助成決定額	受付番号		
	受付日	年	月 日
	受付担当者		

①申請者と口座名義人は同一の方(氏名)でお願いします。印鑑が必要。

②本人または同一世帯員の続柄を記入。

③本体分(補正パッドの場合は固定する下着を含む)の金額を記入してください。ケア用品などは値段に含まないでください。

【対象について】

医療用ウィッグ本体(全頭用に限る)、乳がん治療に伴う乳房の形の変化に対応するための補正パッド(固定する下着を含む)または人工乳房の購入費とし、本体価格に含まれない付属品、医療用ウィッグのケア用品、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものは対象外です。

④医療用ウィッグは令和4年4月1日以降、乳房補正具は令和5年4月1日以降の購入分が対象になります。申請は購入日から1年以内です。

⑤申請者が代理人の場合に記入が必要。必ずどちらかに○を付けてください。

⑥記入した場合のみ印鑑が必要。

⑦※医療用ウィッグの場合治療計画書やお薬手帳(抗がん剤の記述があるもの)とその抗がん剤の説明書(副作用に脱毛など記述があるもの)、現在通院中を証明する最近の病院領収書などがあればお持ちください。

⑧※乳房補正具の場合乳がん治療に伴う手術に関する説明書、左右どちらの方かわかる書類などお持ちください。

⑨ちらしの裏面をご覧ください。購入したもののパンフレットなどあればお持ちください。