

別 記

第 1 号様式 (第 4 条)

浦安市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 浦安市長 内田 悦嗣

申請者 住 所 279-0004 浦安市猫実1-1-1

氏 名 浦安 花子

電話番号 047 (381) 〇〇〇〇

平日日中連絡が取れる
電話番号を記入してく
ださい。

購入日の翌日から
1年以内の日付

ウィッグ及び胸部補整具購入費の助成を受けたいので、浦安市がん患者ウ
部補整具購入費の助成に関する規則第 4 条の規定により、関係書類を添えて

ここに記載の古い
日付から1年以内
が申請期限となり
ます。

がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方							
	○△病院	浦安太郎 医師	手術	放射線	薬剤	その他 ()				
ウィッグの購入	購入年月日	購入額 (税込)	ウィッグ助成申請額							
	令和4年4月7日	100,000 円	3万円又は購入額 (税込) のいずれか少ない方 の額を記入してください。 30,000 円							
胸部補整具の購入	購入年月日	購入額 (税込)	胸部補整具助成申請額							
	令和4年11月7日	17,200 円	2万円又は購入額 (税込) のいずれか少ない方 の額を記入してください。 17,200 円							
本事業助成の有無	有 →助成決定年月日 (年 月 日) 種類 (ウィッグ・胸部補整具)							他の助成の有無		
	無							有 ・ 無		
振 込 先	金融機関名	浦安 銀行・信用金庫 信用組合	浦安 本店・支店 出張所	預金種別						
	フリガナ	ウラヤス ハナコ	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義	浦安 花子		普通 ・ 当座						
添 付 書 類 (添付した書類に☑を 付けてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ及び胸部補整具を購入した日付及び金額の明細が分かる書類 (領収書等) <input checked="" type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類の写し									

【市休田欄】

がん治療を証明する書類が申請日より6ヵ月
以上前の場合、別途現在治療中であること
が分かる書類が必要です。

サイン

助成額

対象者 (申請者) が未成年者の場合は
親権者の口座を記入してください。
その際、委任状が必要となります。

浦安市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費の助成について

記入見本を参考に、申請に必要な書類を添えて申請してください。（郵送・窓口持参どちらでも可能ですが、申請書の電話番号は平日日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。）

対象者（申請者） 浦安市民であることが必要です。

がんの治療状況 治療のため受診している医療機関名、担当医師名を記入し、該当する治療方法に○をつけてください。

がんの治療を受けていることを証する書類 治療方針計画書や抗がん剤治療同意書の写しなどの対象者ががんの治療を受けていることがわかる書類に○をつけて、該当部分のコピーを添付してください。ウィッグの助成申請は脱毛の副作用のある治療を受けていること、胸部補整具の助成申請は乳がんの手術をしたことが確認できる書類

ウィッグ・胸部補整具の購入 購入したウィッグの購入日と購入金額（税込）を記入してください。領収書が複数枚ある場合は、一番古い領収書の日付（ただし申請日から1年以内の領収書が対象）を記入し、購入額欄は合計の金額を記入してください。

本事業助成の有無 本事業の助成を受けたことがない方が申請できます。ただし、既に本事業で助成を受けた方が、異なる区分の補整具を購入した場合は、本事業による助成申請をすることができます。

他の助成の有無 ウィッグ・胸部補整具の購入に際し、他からの助成金を受給しているか○をつけてください。「有」の場合は、申請できません。

振込先 対象者（申請者） 本人の口座を記入してください。振込先の記入誤りがあると、助成金が振り込まませんので、通帳等で確認してください。対象者（申請者）が未成年者の場合は親権者の口座を記入してください。その際、委任状が必要になります。

