

記載例

様式第1号

千葉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書（兼交付請求書）

令和5年11月1日

書類の提出日

（あて先）千葉市長

がん治療を受けている
対象者本人が申請者。
（未成年者は保護者）

※1 申請者 住所 千葉市中央区千葉港1番1号

ふりがな ちば はなこ

氏名 千葉 花子

印

（自署の場合は押印不要）

対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

（対象者との続柄）

（生年月日 年 月 日）

（電話番号）

千葉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、千葉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請（請求）します。

- 過去に他自治体や千葉市において補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。
- 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、千葉市が調査することに同意します。
- 千葉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に同意します。

対象者	ふりがな	ちば はなこ		生 年 月 日	
	氏 名	千葉 花子		昭和 56年 7月 7日	
	住 所	〒 260-0028 千葉市中央区千葉港1番1号 住民登録がある住所			
	連絡先	・日中連絡の取れる電話番号： 090 (〇〇〇〇) △△△△ ・メールアドレス（ある方のみ）：			
診断名		乳がん			
助成対象費用	区分	ウィッグ	胸部補整具		複数購入し申請する場合は1番古い購入日(領収書の日付)を記載
		(毛付き帽子及び同時に申請するネット含む)	(補整下着、補整パッド)		
	購入年月日 <small>(複数購入の場合は最も古い購入日を記載)</small>	令和5年10月1日	令和5年4月15日		付属品(ケア用品等)などの補助対象外となる費用は除いてください。
	購入合計額	ア 70,000 円(税込)	エ 18,000 円(税込)		
	助成上限額	イ 50,000 円	オ 20,000 円		
助成対象額	【ア又はイのいずれか低い額】 ウ 50,000 円	【エ又はオのいずれか低い額】 カ 18,000 円	【キ又はクのいずれか低い額】 ケ 円		
申請（請求）額		68,000円（※ウとカとケの合計額を記入してください）			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 【 <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付もれがないかご確認ください】 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書または治療方針書に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれ <input checked="" type="checkbox"/> 補整具等の購入に係る領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、購入品名が記載があるもの） <input checked="" type="checkbox"/> 振込先が確認できるものの写し				金額の修正は不可。 金額以外で修正が必要な場合は二重線の上、フルネーム(署名で申請の場合)もしくは押印(押印で申請の場合)
振込先	金融機関名	〇〇〇		銀行 信金 信組 農協	△△△ 本店 支店
	口座番号	普通・当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 (申請者と同一)	カナ チバ ハナコ 氏名 千葉 花子

※1 対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。