

記入不要です。

第1号様式

受付番号

ウィッグ及び乳房補整具等購入費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者 住所

氏名(自署)  
助成対象者との続柄( )  
(電話番号 )

名古屋市ウィッグ及び乳房補整具等購入費用助成事業実施要綱に基づき、以下のとおりウィッグ及び乳房補整具等購入費用助成金を申請します。なお、申請にあたり、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所(住民票住所を記載)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	TEL ( )	
	がんの治療状況	医療機関名	治療方法	
			手術・放射線・薬剤 その他( )	
	がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の变形又は顔面等の欠損を証明する書類 今回の申請品目に係る他自治体等からの助成の有無	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他( ) ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。	有 ・ 無 ※いずれかを○で囲んでください。	

振込先(注)	金融機関名	本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人フリガナ	(注)申請者の口座としてください	

申請品目 ※○で囲んでください。	領収書等の額	領収書等の額のうち助成対象額	(名古屋市記載欄)助成額
ウィッグ	ア 円	イ 円	円
乳房補整具	ア 円	イ 円	円
エピテーゼ	ア 円	イ 円	円

※1 助成金額は、助成対象額の5割です。ただし、助成金額の上限は、ウィッグが30,000円、乳房補整具が20,000円(人工乳房が含まれる場合は40,000円)、エピテーゼが40,000円です。  
 ※2 助成対象となるのは次のとおり  
 ウィッグ：ウィッグ本体(毛付き帽子を含む)及びウィッグ装着のためのネット  
 乳房補整具：補整下着、補整パッド、人工乳房、補整パッド又は人工乳房を固定するために購入した補整機

原則として、助成対象者ご本人としてください。住所は住民票の住所を記載してください。  
やむを得ない理由でご本人が申請できず、ご本人以外とする場合は、委任状を添付してください。なお、氏名欄は必ず申請者が自署してください。

申請内容等についてお問合せする可能性がありますので、平日の昼間に連絡がつく電話番号をご記入ください。

助成対象者の氏名、住所(住民票住所)、生年月日等を記載してください。申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に  を記入して、氏名、住所、電話番号を省略可能です。

がん治療を行った医療機関等を記載してください。

治療内容等がわかる書類のコピーを添付してください。  
・ウィッグ：病名や抗がん剤、抗がん剤の処方日等  
・乳房補整具・エピテーゼ：病名や手術内容(乳房切除又は顔面や手指等の欠損の内容)等

他で同様の助成等を受けられる場合は、本事業の対象となりません。

「申請者」欄に記載された方の口座をご記入ください。

記入不要です。

領収書に記載された金額のうち、助成対象となるもの(ウィッグ、ネット及び補整下着、補整パッド、人工乳房、エピテーゼ)の金額(税込)を記載してください。  
※対象とならないものを除いた金額です。

今回申請する品目を○で囲んでください。  
複数ある場合はすべて○で囲んでください。

領収書の金額を品目ごとに記載してください。

※記載内容の訂正がある場合、再提出をいただくことがあります。