

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変形又は顔面等の欠損を証明する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
今回の申請品目に係る他自治体等からの助成の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※いずれかを○で囲んでください。				

振込先	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	
(注)	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能のない下着（補整パッド又は人工乳房と共に申請する場合のみ）
 エピテーゼ：顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を補う人工の装具

※3 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※4 本申請書には、「がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の変形又は顔面等の欠損を証明する書類」（複写したものでも可。）「領収書」（原本）を添付してください。また、助成対象者と申請者が異なる場合（助成対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。