

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。

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：病名や手術内容(乳房切除の内容) 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。

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又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	<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。			
他からの助成の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		※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	
	※1 口座名義人フリガナ			

申請品目 ※2	領収書等の額	アのうち助成対象額	(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

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)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。  
両方であれば、両方とも○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。