

記入例

202●年 ●月 ●日

町田市がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金交付申請書

下記のとおり助成金を交付していただきたく、補助金等の予算の執行に関する規則第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。
なお、申請にあたり確認の必要がある場合は、町田市が住所等の住民記録の閲覧や、医療機関へ治療内容及び購入先に購入内容を照会することについて同意します。

記

申請者	フリガナ	マチダ マチコ		生 年 日	19●●年 ●月 ●日
	氏 名	町田 町子		電 話 号	090-●●●●-××××
	住 所	〒 194-00●● 町田市 町田市森野 2-2-●●		電 話 号	090-●●●●-××××
	助成対象者との続柄	本人以外の場合は () にご記入ください。 本人 ・ (母)			
※申請者と対象者が異なる場合のみ記入 助成対象者 (がんの治療をされた方)	フリガナ	マチダ マチミ		生 年 日	19●●年 ●月 ●日
	氏 名	町田 町美		電 話 号	090-●●●●-××××
	住 所	〒 194-00●● 町田市 町田市森野 2-2-●●		電 話 号	090-●●●●-××××
がんの治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法
	町田●●病院		原町田 町男		<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> その他 ()
申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 1回目の申請内容 助成決定年月 (2026年 4月)、自治体名 (町田市)				
購入 (レンタル) した対象品目	購入 (レンタル) 品目		購入 (レンタル) 年月日		購入 (レンタル) 経費
	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 帽子 <input checked="" type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> エビテーゼ <input type="checkbox"/> その他 ()		202●年 ●月 ●日 202●年 ●月 ●日 年 月 日		ア：合計 65,300円
申請する品目が複数個ある場合は、それぞれの購入年月日、購入経費の合計額を記入してください。					
申請金額の算定					
ア × 1/2 の金額 ※100円未満切り捨て		助成金上限額	イ又はウのいずれか低い額		助成金申請金額
イ 32,600円		ウ 30,000円	エ 30,000円		エ 30,000円
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> がん治療を受けていること又は過去に受けていたことを証明する書類 治療証明書・医療行為同意書・診療明細書・お薬手帳(抗がん剤名記載ページ等のコピー (ウィッグ・帽子の助成申請は脱毛原因の治療内容(抗がん剤名など)が確認できるもの、胸部補整具・エビテーゼの助成申請は外科的治療等による外見の変化が確認できるもの) <input checked="" type="checkbox"/> 領収書などの購入や購入金額及び購入日 (レンタルやリースの場合、利用額と利用開始日) が確認出来る書類の原本 (書類には助成対象者の名前が記載されていること)				

◎個人情報の取扱いについて
この申請により得られた個人情報は、当該助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

★重要★
必ずチェックをしてください

町田市がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金交付申請書記入例について

申請書 1 枚につき、複数個申請ができます。
申請できる回数は対象者 1 人につき 2 回までです。

～添付書類～

- ・治療を証明する書類(写)
- ・治療証明書・医療行為同意書・診療明細書・お薬手帳(抗がん剤名記載ページ)など
- ・領収書(原本)

申請者	フリガナ氏名、漢字氏名、生年月日、郵便番号、住所、日中連絡可能な電話番号、助成対象者との続柄をご記入ください。 ※申請者と助成対象者(がんの治療をされた方)が同じ場合は本人に○を付けてください。
助成対象者	※申請者本人が対象者(がんの治療をされた方)の場合はご記入不要です。 ※助成対象者(がんの治療をされた方)は、申請日時時点で町田市に住民登録があることが条件となります。 助成対象者(がんの治療をされている方)のフリガナ氏名、漢字氏名、生年月日、郵便番号、住所、日中連絡可能な電話番号をご記入ください。
がんの治療状況	治療をされた医療機関名、主治医名を記入し、該当する治療方法に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください(複数ある場合は全て <input checked="" type="checkbox"/>)。
申請回数	がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金交付の申請回数に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。2回目の場合は、1回目の助成決定年月日と自治体名を記載してください。 ※過去に2回(他自治体も含めて)既に助成金を受給している場合は、申請できません。
購入(レンタル)した対象品目	ウィッグ・帽子・胸部補整具・エビテーゼの購入日又はレンタル日(領収書に記載の日付)と購入(レンタル)の合計金額(税込)をご記入ください。 ※購入日が書ききれない場合は余白に記載してください。
購入(レンタル)経費	対象品目の購入又はレンタル経費の金額をご記入ください。 複数個ある場合は、合計金額を記載してください。
申請金額の算定	「イ」は「ア」の金額の1/2の額(※100未満の端数がある場合は切捨てた額)を記載してください。 「エ」は「イ」と「ウ」のいずれか低い額を記入してください。
確認事項	それぞれ確認した後、必ず <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてご提出ください。 ※ <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は申請することができません。