

2023年 7 月 3 日

町田市長 様

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。

記

申請者	フリガナ	マチダ マチコ		生 年 月 日	1985年 7 月 7 日
	氏 名	町田 町子			
	住 所	〒町田市森野2-2-●●		電 話 番 号	090-●●●●-XXXX
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)				
申請者と助成対象者が異なる場合のみ助成対象者欄の氏名、生年月日、住所、電話番号ををご記入ください。					
助成対象者	フリガナ	マチダ マチミ		生 年 月 日	2013年 10月 10日
	氏 名	町田 町美			
住 所	〒町田市		電 話 番 号	申請者と同じ	
がんの治療状況	医療機関名	町田●●病院		主治医名	原町田 町男
	治療方法		手術 放射線・薬剤 その他 ()		
購入(レンタル)したウィッグ又は胸部補整具 ()	購入(レンタル)年月日	2023年 4 月 1日		購入(レンタル)経費	50,900円
	ア				
過去の助成歴	1 有 助成決定年月 (年 月)、自治体名 () 補整具の種類 (ウィッグ・胸部補整具) 助成回数 (ウィッグ: 回・胸部補整具: 回)				
	2 無				
申請金額の算定				助成金申請金額	
ア×1/2の金額 ※100円未満切り捨て	ウ	イ又はウのいずれか低い額	エ		
イ 25,400円	ウ 20,000円	エ 20,000円	エ 20,000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する書類 (お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等) のコピー (ウィッグの助成申請は脱毛の副作用がある治療を受けていることが確認できるもの、胸部補整具の助成申請は乳房の切除をしたことが確認出来るもの)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書など医療用ウィッグ等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)				
<input checked="" type="checkbox"/> 町田市から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いたします。					

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

申請者	氏名、フリガナ、住所、助成対象者との続柄、生年月日、電話番号をご記入ください。 ①申請にあたっては、申請日時時点で町田市民であることが条件となります。 ②必ず日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。 ※申請者と助成対象者が同じ場合は本人に○を付けてください。
助成対象者	助成対象者(がんの治療をされている方)の氏名、フリガナ、住所、生年月日、電話番号をご記入ください。 ※申請者本人が対象者の場合はご記入不要です。
がんの治療状況	治療のため受診している(していた)医療機関名、担当医師を記入し、該当する(した)治療方法に○を付けてください。
がんの治療を受けていることを証する書類	抗がん剤の名称が記載されているお薬手帳や、診療明細書、治療方針計画書などの助成対象者ががんの治療を受けていることが分かる書類に○をつけて、該当部分のコピーを同封してください。
購入(レンタル)したウィッグ/胸部補整具	ウィッグ・補整具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)金額(税込)をご記入ください。胸部補整具の場合は()に名称をご記入ください。
合計金額ア	ウィッグ、胸部補整具等の購入又はレンタル経費の金額をご記入ください。
過去の助成歴	ウィッグ、胸部補整具等の購入又はレンタルに際して、過去に助成金を受給しているか、○をつけてください。 ※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。
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に必ず☑チェックをしてご提出ください。 ※☑がない場合は申請することができません。

申請書1枚につき1個の申請ができます。

申請できる回数は対象者1人につき2回までです。

★重要★
必ず☑チェックをしてください