

記載例

千葉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書（兼交付請求書）

令和〇年〇月〇日

書類の提出日

（あて先）千葉市長

※1 申請者 住 所 千葉市中央区千葉港1番1号

ふりがな ちば はなこ

氏 名 千葉 花子

印

（自署の場合は押印不要）

千葉 花子

（訂正用の捨印又は署名）

署名での申請は捨署名

押印での申請は捨印

（金額以外の訂正を市が行うことに

同意する場合に記載）

対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

（対象者との続柄

（生年月日 年 月

（電話番号

がん治療を受けている

対象者本人が申請者

（未成年者は保護者）

アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、千葉市がん患者アピアランスケア支
の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請（請求）

て補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。

医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他地方公共団体の助成対象ではありま

せん。

・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、千葉市が調査することに同意します。

・千葉市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

対象者	ふりがな	ちば はなこ		生 年 月 日							
	氏 名	千葉 花子		昭和 〇〇年 〇月 〇日							
	住 所	〒 260-0028 千葉市中央区千葉港1番1号									
	連絡先	・日中連絡の取れる電話番号： 090 (〇〇〇〇) △△△△ ・メールアドレス（ある方のみ）：									
診断名		乳がん									
助成対象費用	区分	ウィッグ	胸部補整具	ペデーゼ							
		（毛付き帽子及び同時に申請するネット含む）	（補整下着、補整パッド）	人工の乳房・乳頭など体表に取り付けるもの）							
	購入年月日	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	年 月 日							
	購入金額	ア 70,000 円(税込)	エ 18,000 円(税込)	キ 円(税込)							
	助成上限額	イ 50,000 円	オ 20,000 円	ク 50,000 円							
	助成対象額	【ア又はイのいずれか低い額】 ウ 50,000 円	【エ又はオのいずれか低い額】 カ 18,000 円	【キ又はクのいずれか低い額】 ケ 円							
申請（請求）額		68,000円（※ウとカとケの合計額を記入してください）									
添付書類	【☑をつけ、添付もれがないかご確認ください】 ☑ 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書または治療方針計画に に伴う脱毛、外科の治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれ ☑ 補整具等の購入に係る領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、購入品目 載があるもの） ☑ 振込先が確認できるものの写し										
	金額の修正はできません。 金額を間違えた場合は書類の書き直し が必要です。										
（振込先）	金融機関名	〇〇〇 銀行 信金		△△△ 本店							
	口座番号	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 （申請者と同一）	氏名 千葉 花子						

※1 対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。