

がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書

記入例

申請日 令和8年5月10日

〇〇市町村長 殿

(申請者) 住所

氏名 山形 花子

対象者との関係 本人

電話番号 (日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

助成金を申請するものに〇を付けてください。

就労や社会参加等のために購入した(医療用ウィッグ・乳房補整具)の購入経費について、下記のとおり医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付を受けたいので申請します。

私は、提出先自治体が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧をし、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

| | | | | | | |
|---|----------------|---|--|--|---|--------|
| 対象者(児) | フリガナ | ヤマガタ ハナコ | | 性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | 山形 花子 | | 男・女 | 昭和 平成 令和 | 〇年〇月〇日 |
| 治療状況 | 住所 | 〒990-8570 山形 | | 電話番号 (日中連絡がつくもの) | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| | 医療機関名 | <input checked="" type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 <input type="checkbox"/> 山形市立病院 <input type="checkbox"/> 鶴岡市立病院 | | 治療方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| がん治療を受けていることを証する書類 | 主治医 | 〇〇〇〇 | | <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> わたしのカルテ <input type="checkbox"/> がん診療パス <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 過去の受給の有無 | 医療用ウィッグ(H26~) | 有・無 | | その他の公的助成金受給の有無 | 有・無 | |
| ウィッグ | 購入したもの (購入年月日) | 令和7年12月20日 | | 申請金額の算定 | | |
| | | ① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。 | | ③ 2万円と②を比較して低い方の額 | | |
| | | 60,500円 | | 20,000円 | | |
| 乳房補整具 | | ② ①の1/2の額 | | ④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。 | | |
| | | 30,250円 | | ⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額 | | |
| | | ⑤ ④の1/2の額 | | 10,285円 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 補整パッド (<input checked="" type="checkbox"/> 下着あり) <input type="checkbox"/> 人工乳房 (<input type="checkbox"/> 下着あり) <input checked="" type="checkbox"/> 補整下着 「補整下着」は、補整機能のある下着(パッド等を入れる必要のない下着)の場合にのみ該当します。 令和7年4月20日 令和8年1月20日 | | 助成金申請金額 (③+⑥) ￥ 30,000 円 | | | | |
| 振込先 | 本店 | 山形銀行 信金 信組 農協 | | 口座番号 (左づめ) | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | 金融機関コード | 4桁の金融機関コード(銀行コード) + 3桁の店番号 | |
| | 口座名義人 | (カナ) ヤマガタ ハナコ | | (漢字) 山形 花子 | | |

①「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウィッグ(乳房補整具)購入助成を受けたことがある場合は「有」に〇を付けてください。

②「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。