

札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金支給申請書兼請求書

(あて先) 札幌市長

年	月	日
---	---	---

札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に札幌市及び他の自治体が実施する補正具購入にかかる同種の助成を受けていません。
- ・本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札幌市が調査することに同意します。
- ・札幌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。
- ・申請にあたり札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱の内容を遵守します。
- ・本事業に係るアンケート調査があった際は協力します。

太枠内を記入してください。また、□欄の該当する部分に☑してください。

申請者	フリガナ			生年月日		年		月		日	(		歳)
	氏名			電話番号		-		-					
	住所	(郵便番号) (住所)											
	〒												
助成対象者	区分	<input type="checkbox"/> 申請者は助成対象者本人です。(助成対象者欄の記入は不要)											
		<input type="checkbox"/> 申請者と助成対象者は別人のため、上記の者を代理人として申請を委任します。 (助成対象者欄の記入が <b>必要</b> 。申請者との関係を確認するために、追加で書類の提出をお願いする場合があります。)											
		※助成対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 ※助成対象者：実際にウィッグ等を使用する人											
	フリガナ			生年月日		年		月		日	(		歳)
	氏名			申請者との関係	<input type="checkbox"/> 親(保護者)、子 <input type="checkbox"/> 他 ( )								
	住所	(郵便番号) (住所)											
	〒	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											
助成対象経費	補正具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ、毛付き帽子 (装着用ネット等含む)			(B) <input type="checkbox"/> 補正下着 (下着とともに使用するパッドを含む)			(C) <input type="checkbox"/> 人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)					
	購入日	年 月 日			年 月 日			年 月 日					
	購入金額	ア 円 (税込)			エ 円 (税込)			キ 円 (税込)					
	※ポイントや値引き等を適用した後の「実際に購入した税込み金額」を入力してください。(送料等は除く) ※複数購入の場合は補正具の種類ごとに合計金額を入力してください。												
	助成上限額	イ 30,000 円			オ 5,000 円			ク 50,000 円					
	助成対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 円			【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 円			【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円					
申請額 (※ウとカとケの合計金額を記入してください。) 円													
(申請者先)	金融機関名				支店名								
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座名義人 (申請者と同じ)		カナ 氏名						
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し (がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類) <input type="checkbox"/> 補正具の購入にかかる領収書及びその明細がわかる書類 (氏名、購入年月日、購入金額、購入品名、領収書発行者の名称の記載があるもの。) <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の写し (金融機関名、本・支店名、カナ名義、口座番号が確認できるもの)											

以下札幌市記載欄

受付日	審査		備考	支給決定	
	住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 審査保留 完備日 ( )		<input type="checkbox"/> 支給・ <input type="checkbox"/> 不支給	
	治療			支給決定額	
	購入日			円	
	購入内容				
	振込先				
	助成歴			確認者	

# 記入例

## 記入にあたっての注意事項

- ① 黒色のボールペンでご記入ください。消せるペンは使用できません。
- ② 記入を間違えた際は、訂正印を押印のうえ、訂正してください。修正液等は使わないでください。
- ③ 札幌市使用欄を除き、漏れなく記入してください。

補正具を購入した日（複数購入の場合はそのうち最も古い購入日）の翌日から起算して1年以内に申請が必要です。  
なお、令和6年3月31日以前に購入したものは対象となりませんのでご注意ください。

（様式第1号）

## 札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金支給申請書兼請求書

（あて先）札幌市長

令和6年6月1日

札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に札幌市及び他の自治体で実施する補正具購入にかかる同種の助成を受けていません。
- ・本事業の実施に必要な住民基本台帳に記載された情報について札幌市が調査することに同意します。
- ・札幌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。
- ・申請にあたり札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱の内容を遵守します。
- ・本事業に係るアンケート調査があった際は協力します。

太枠内を記入してください。また、□欄の該当する部分に☑してください。

申請者	フリガナ	サッポロ タロウ	生年月日	1970 年 1 月 1 日	( 54 歳)
	氏名	札幌 太郎	電話番号	011 - 211 - 3514	
	住所	(郵便番号) (住所) 〒 060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目ORE札幌ビル7階			
助成対象者	区分	<input type="checkbox"/> 申請者は助成対象者本人です。（助成対象者欄の記入は不要） <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と助成対象者は別人のため、上記の者を代理人として申請を委任します。（助成対象者欄の記入が必要。申請者との関係を確認するために、追加で書類の提出をお願いする場合があります。） ※助成対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 ※助成対象者：実際にウィッグ等を使用する人			
	フリガナ	サッポロ ハナコ	生年月日	1970 年 1 月 1 日	( 54 歳)
	氏名	札幌 花子	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 親(保護者)、子 <input checked="" type="checkbox"/> 他 ( 成年被後見人 )	
助成対象経費	住所	(郵便番号) (住所) 〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	補正具の種類	(A) <input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ、毛付き帽子 (装着用ネット等含む)	(B) <input checked="" type="checkbox"/> 補正下着 (下着とともに使用するパッドを含む)	(C) <input type="checkbox"/> 人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
	購入日	2024 年 4 月 1 日	2024 年 4 月 1 日	年 月 日 ※複数の補正具を同時に申請する場合は、補正具の種類ごとに最も古い購入日を記入してください。	
	購入金額	ア 28,000 円 (税込)	エ 8,000 円 (税込)	円 (税込) ※ポイントや値引き等を適用した後の「実際に購入した税込み金額」を入力してください。（送料等は除く） ※複数購入の場合は補正具の種類ごとに合計金額を入力してください。	
	助成上限額	イ 30,000 円	オ 5,000 円	ク 50,000 円	
	助成対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 28,000 円	【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 5,000 円	【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円	
	申請額	(※ウとカとケの合計金額を記入してください。)		33,000 円	
(申請者先)	金融機関名	●●● 銀行	支店名	●●● 支店	
	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 1234567 <input type="checkbox"/> 当座	口座名義人 (申請者と同じ)	カナ サッポロ タロウ 氏名 札幌 太郎	
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)	<input checked="" type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療費のおそれが見込まれることを証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 補正具の購入にかかる領収書及びその明細がわかるもの。 <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の写し				

## 代理人として申請する場合の注意事項

- ・原則、申請者と助成対象者（ウィッグ等の使用者）は同じ方としてください。単純な申請手続きの代行の場合は、助成対象者を申請者として扱います。助成対象者が未成年者や成年被後見人など制限行為能力者となる場合、または助成対象者名義の振込口座を有していない場合のみ代理人申請としてください。
- ・「申請者との関係」で「他」を選んだ場合は、すぐ横の（ ）に関係性をご記入ください。
- ・助成対象者と申請者の住所が同じ場合は、「□申請者と同じ」に☑を入れてください。住所が異なる場合は、助成対象者の郵便番号と住所をご記入ください。

- ・(A)、(B)、(C)から申請する補正具に☑してください。
- ・補正具は種類ごとに助成金額の上限が決まっており、(A)が30,000円、(B)が5,000円、(C)が50,000円です。記載例だと、ウィッグが28,000円で上限額30,000円以内のため、実際にかかった28,000円が助成対象額となります。一方、補正下着は8,000円で上限額5,000円を超えているため、5,000円が助成対象額となります。

## 「振込先（申請者）」の記入についての注意事項

- ・金融機関名：銀行、金庫、組合、農協、漁協などの金融機関名をご記入ください。
- ・支店名：本店、支店、出張所、本所、支所などの名前をご記入ください。
- ・口座番号：7桁の口座番号をご記入ください。

※振込先の金融機関に「ゆうちょ銀行」を希望する場合について

- ① 通帳に振込用の店名（3桁の数字）と口座番号（7桁の数字）が記載されているため、それらを確認のうえ、支店名と口座番号の記入欄にご記入ください。
- ② ①がわからない場合は、支店名は記入せず、記号(5桁の数字)と番号(8桁の数字)を口座番号の記載欄にご記入ください。

以下、札幌市使用欄のため、記載不要

振込先 ( )  
助成歴