

千曲市がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書

(宛先)
千曲市長

年 月 日

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

(対象者が未成年の場合は保護者となります。)

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項も必ず記載してください。

対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日 (歳)
	住 所	〒 _____			電話番号 - -
がんの 治療状況（実績）		医療機関名 及び診療科			
		主治医名			
		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ()		
がん治療を受けている又は受けたことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療（入院）計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
補整具の区分		1. 補整具			2. その他補整具等
助成対象経費	補整具の区分	頭髪補整具	乳房補整具		補整用人工物
			左房用	右房用	
	補整具の内容 購入年月日 (領収書の日付) ※複数ある場合はそれぞれ記載				
	領収書の名前 本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用計 (税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額 (その他補整具のみ全額)	② 円 (①の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (④の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、 1,000円未満切捨て)
助成対象額	③ 円 (②又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円の どちらか少ない方の額)	
助成金交付申請金額 (※③、⑥、⑨、⑫、⑮の合計額を記入してください。)					円
振込先指定口座 (申請者の名義)		フリガナ			
		口座名義			
		金融機関名	支店名		
		口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
助成決定金額					円
※この欄は、市で使用します。					

(添付書類)

- ① 市内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類
- ② がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- ③ 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名[申請者の氏名]、領収書発行者名、購入した補整具等の品名[ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費 等]の記載のあるもの）
- ④ 申請者の振込先指定口座がわかる預金通帳等の写し（通帳表紙裏の見開きのコピーなど）
- ⑤ ①～④に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

確認事項（以下の確認事項の該当するものに又は記載してください。）

- 1 過去に県内他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成は受けていません。
□はい □いいえ
- 2 今回申請する補整具は、他の都道府県や他の都道府県市町村から助成を受けていません。
□はい □いいえ
- 3 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は以下のとおりです。
(該当する場合のみ記載)

(記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等)

◎注意事項

- ※ 助成金交付の可否は文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合は助成金を交付できないことがありますのでご注意ください。
- ※ 助成対象経費、助成金の額、助成回数は以下のとおりです。購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外となります。

区分	助成対象補整具	助成回数	助成金の額
1. 補整具	【頭髪補整具】 ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	1回	助成対象補整具の購入費に2分の1を乗じた額（その額に1,000円未満の端数が生じた場合は、切り捨てた額）。ただし、2万円を限度とする。
	【乳房補整具】 補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房	右房、左房ごとに1回	
	【補整用人工物】エピテーゼ製品	1回	
2. その他補整具等	【毛髪関係】 帽子（区分1に該当しないもの）、スカーフ、バンダナ、エクステ、つけまつ毛、つけ眉毛、シャンプー・リンス（治療により脱毛予防、低刺激、ウィッグ専用のも）、ブラシ、ウィッグスタンド 【爪・皮膚・浮腫関係】 ネイルケア用品、手袋、化粧品、保湿剤 【その他】 対象補整具等を制作する場合の用具及び材料、リンパ浮腫を和らげる目的のクッション等（医療用に限る）	1回	助成対象補整具の購入費の全額。ただし、3千円を限度とする。

※申請は、原則として補整具を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日までに行ってください。
申請方法は、下記をご覧ください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び千曲市のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）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。

申請方法・申請先

受付時間：平日（月曜日～金曜日）8時30分～17時15分。

※郵送の場合は、簡易書留等、送達確認ができる方法で送付してください。

申請先：千曲市健康推進課健康増進係（〒387-8511 千曲市杭瀬下二丁目1番地）

電話番号：026-273-1111（内線2131） FAX：026-272-6558