

別記

# 《記載例》 対象者本人が申請者の場合

様式第1号（第5条関係）

佐倉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請求書

2023年 11月 1日

（あて先）佐倉市長

**必ず、消えないペンで記入してください**

佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付規則第5条第1項の規定により、次の同意のうえ申請します。

書類の提出日

- 佐倉市及び他の自治体を実施する医療用ウィッグ等（かつら）や胸部補整具の購入又は賃貸に係る同様の助成を過去に受けていません。
- 申請に係る対象経費について、医療保険各法による保険給付の対象となる経費はありません。
- 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、佐倉市が調査することに同意します。

住民登録がある住所

日中連絡が取れる電話番号

対象者	ふりがな	さくら さくらこ	生年月日	1988年 4月 1日 (35歳)
	氏名	佐倉 桜子	電話番号	090-1111-2222
	住所	〒 285-1234 佐倉市江原台 2-27		
	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 私け、民法第653条第1号の規定にかかわらず、申請者に佐倉市がん患者アピアラ 申請は、対象者1人につき区分①②各1回限りです。 複数購入した場合は、1回にまとめて申請してください。		
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳 )
	住所	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグと「胸部補整具」の両方を購入し、 <input type="checkbox"/> いずれも申請を希望する場合は、いずれも記入をお願いします。		
助成対象経費	区分	<input checked="" type="checkbox"/> ① 医療用ウィッグ（かつら）等 例：医療用ウィッグ、装着袖、医療用帽子等	<input checked="" type="checkbox"/> ② 胸部補整具 例：補整下着、人工乳房（※1）、人工ニップル等 （※1）埋め込み式は除く	
	助成申請額	3万円又は購入費等のいずれか低い額 <b>30,000</b> 円（税込）	2万円又は購入費のいずれか低い額 <b>20,000</b> 円（税込）	

振込先	金融機関名	佐倉 銀行 金庫 信用組合・農協	支店名	佐倉 本店 支店 支所・出張所
	口座名義 （※申請者名義）	カナ サクラ サクラコ 氏名 佐倉 桜子	口座 番号	普通 12345678 当座
ゆうちょ銀行	記号	運転免許証および健康保険証の場合は「両面」の写しを、 マイナンバーカードの場合は、「表面（氏名や住所、顔写真がある面）」 の写しをご用意ください。		
口座名義人	フリガナ 氏名			

添付書類

- 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）等いずれか1つ）
- がん治療を確認できる書類（がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し
- 領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの。胸部補整具はその種類の記載があるもの。領収書の原本が提出できない場合にあっては、助成対象経費の支払額が確認できる書類）
- 助成対象経費の明細が確認できる書類の写し（購入した場合に限る。）
- 契約書の写し（医療用ウィッグ等を賃貸した場合に限る。）
- 振込先金融機関の名義人及び口座番号が確認できる
- 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類の写し

必ず添付書類をそろえて提出をお願いします。  
ご不明な点がございましたら、お問合せください。

# 《記載例》 保護者等に申請を委任する場合

佐倉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請求書

2023年 11月 1日

(あて先) 佐倉市長

**必ず、消えないペンで記入してください**

佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付規則第5条第1項の規定により、次の同意のうえ申請します。

書類の提出日

- 佐倉市及び成を過去に申請したことがないこと。
- 申請に係る事業の内容及び実施の時期等が、申請書に記載のとおりであること。
- この事業の執行に必要となる費用は、申請者が負担することと同意します。(同意しない場合は、住民票の写しを添付してください)
- 佐倉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すること。
- 申請に当たっては佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付規則第5条第1項の規定に基づき、申請者又は賃貸に係る同様の助成金交付申請書に提出する書類を提出することと同意します。

対象者が18歳未満の場合や、家族等に申請を委任される場合は、こちらに☑の上、申請者(受任者)の情報をご記入ください。

日中連絡が取れる電話番号

対象者	ふりがな	さくら ひまわり	生年月日	2008年 4月 1日	(15歳)
	氏名	佐倉 向日葵 (佐倉)	電話番号	090-1111-2222	
	住所	〒 285-1234 佐倉市江原台 2-27			
	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要) <input checked="" type="checkbox"/> 私は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、申請者に佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業に係る一切の手続きを委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が必要) *対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。			
申請者	ふりがな	さくら はなこ	生年月日	1978年 4月 1日	(45歳)
	氏名	佐倉 花子 (佐倉)	電話番号	090-3333-4444	
	住所	☑ 対象者と同じ (記載不要)		続柄	母
助成対象経費	区分	☑ 医療用ウィッグ(かつら)等		☐ 胸部補整具	
		例: 医療用ウィッグ、装着袖、医療用帽子等		例: 補整下着、人工乳房(※1)、人工ニップル等 (※1) 埋め込み式は除く	
	助成申請額	3万円又は購入費等のいずれか低い額 30,000 円(税込)		2万円又は購入費のいずれか低い額 円(税込)	

振込先	金融機関名	佐倉 銀行 金庫 信用組合・農協		支店名	佐倉 本店 支店 支所・出張所
	口座名義 (※申請者名義)	カナ	サクラ ハナコ	口座番号	普通 87654321 当座
ゆうちょ銀行	記号		番号		店名
口座名義人	フリガナ				
	氏名				

申請は、対象者1人につき区分①②各1回限りです。複数購入した場合は、1回にまとめて申請してください。

- ※添付書類
- 本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証(両面)等いずれか1つ)
  - がん治療を確認できる書類(がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書等)の写し
  - 領収書の原本(宛名、購入品名、金額、購入日、品目、品名、金額、消費税額、消費税額等が記載されているもの。胸部補整具は、購入品名、金額、消費税額、消費税額等が記載されているもの)
  - 助成対象経費の明細が確認できるもの
  - 契約書の写し(医療用ウィッグ等を 구입した場合に限る)
  - 振込先金融機関の名義人及び口座番号が確認できるものの写し(通帳、キャッシュカードの写し等)
  - 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類の写し
- 申請者を委任する場合は、受任者(申請者)の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)の写しも提出が必要です。

※添付書類をそろえて申請してください