

**記入見本**

**【記入にあたっての注意】**

- 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 記入を間違えた場合は、氏名欄に押したものと同一印で訂正してください。修正液等は使わないでください。
- ③ 区使用欄を除き、漏れなく記入してください。

購入またはレンタル等の費用を支払った日の翌日から1年以内の日付  
 ※領収書が複数枚ある場合は、一番古い購入日を基準とします。

2か所に押印してください。  
 ※スタンプ式の印鑑は不可

「申請者」は、領収書の宛名と同一の方となります。  
 ※がん治療中の方（助成対象者）または、助成対象者と同一世帯の方

「申請者」と「助成対象者」が同じ場合でも、必ず記入してください。

上の「助成対象経費」欄の **ア（ウィッグ分）** と **イ（胸部補整具分）** に記入した購入またはレンタル等にかかった費用を合計して出した額に応じて、以下のとおり記入してください。

- 【ア+イ】の額が  
 ・100,000円未満の場合  
 →アとイの合計額
- ・100,000円を超える場合  
 →100,000円

申請する区分ごとに、**ア（ウィッグ分）** または **イ（胸部補整具分）** の欄に購入またはレンタル等にかかった費用を記入してください。  
 ※領収書が複数枚ある場合は、合算額を記入。  
 （領収書の金額に助成対象ではない商品の代金が含まれている場合は、その分を除いてください。）

「有」の場合は申請できません。

区使用欄のため、記入不要です。

「申請者」と「助成対象者」が異なる場合は、「申請者」の口座を振込先としてください。  
 例：がん治療中の方（助成対象者）の配偶者が申請する場合など

第1号様式（第6条関係）  
 千代田区がん患者補整具購入等費用助成金交付申請書兼口座振替依頼書

令和7年 ○月 ○日

申請者 長 様  
 (申請者) 住 所 千代田区九段北1-2-14  
 氏 名 千代田 さくら  
 電話番号 ○○○○-○○○○-○○○○ (日中連絡が可能な番号)

千代田区がん患者補整具購入等費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、千代田区がん患者補整具購入等費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。決定した助成額は下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり千代田区が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、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。

記

住民記録の閲覧や関係機関への照会の同意		<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	
助成対象者 (がん治療中の方)	フリガナ	チヨダ サクラ	生年月日
	氏 名	千代田 さくら	●●年●●月●●日
住 所		千代田区 九段北1-2-14	
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
	●●病院	●●医師	手術・放射線・化学療法 その他( )
助成対象経費 (いずれか、又は該当する区分の全てにご記入ください)	区 分	ウィッグ (ネット、棒付き含む)	胸部補整具
	購入等の金額 (税込み)	105,000 円	円
助成金交付申請額 (ア+イ)	(上限10万円、上限額以上の記載は10万円とする 【10万円未満は購入費(税込み)】)		他からの助成の有無
	100,000 円		有 ・ 無
限度額	100,000円	交付決定額 *1	記入不要
添 付 書 類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 補整具を購入等した日付及び金額の明細が分かる書類(領収書等) <input checked="" type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを客観的に証明する書類の写し ※脱毛の前作用がある化学療法若しくは放射線治療を受けている又は手術療法により乳房を切除等したことを確認できる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し <input checked="" type="checkbox"/> 振込先口座を確認できる書類(通帳等)の写し		
	*1 区の記入欄です。記入しないでください。		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	フリガナ	チヨダ サクラ	預金種別 普通・当座
口座名義 (※申請者名)		千代田 さくら	口座 番号

※申請内容については、千代田区電子計算組織にご登録・保存し、統一的に処理します。

【区処理欄】

申請受理印

記入不要