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、修正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区処理欄を除き、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。

「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」が異なる場合のみ記入してください。

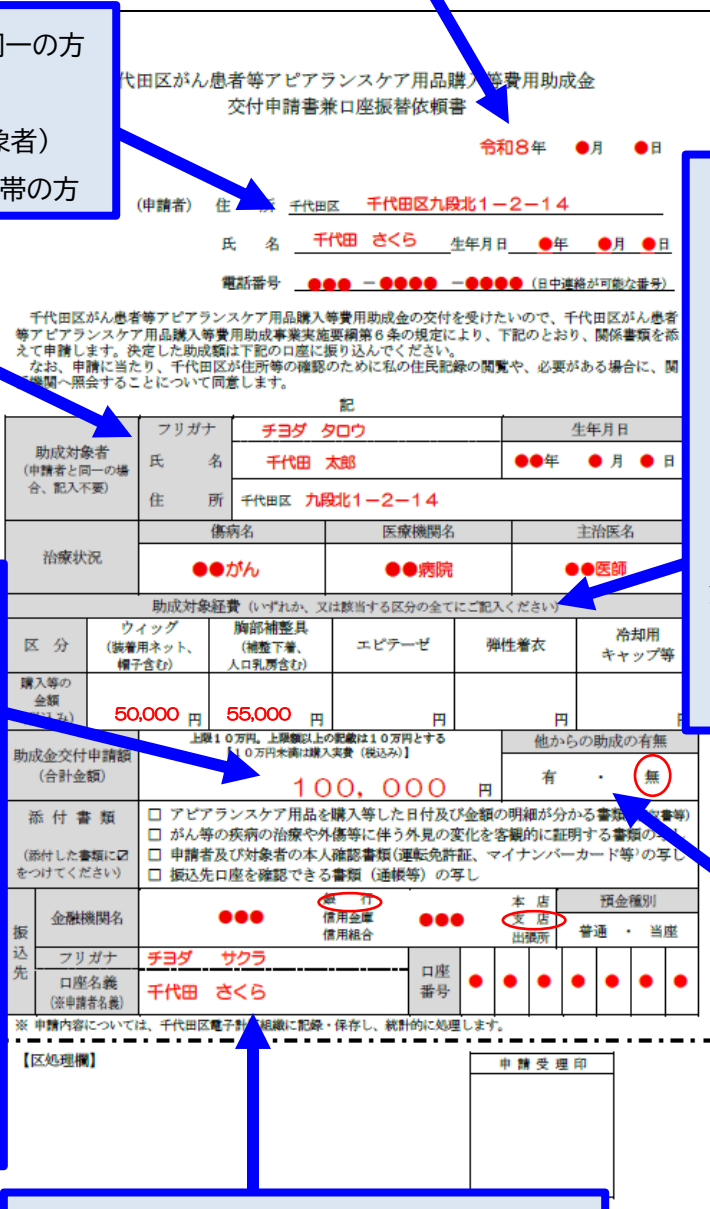
申請する区分ごとに、購入またはレンタル等にかかった費用を記入してください。

※ 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。）

上の「助成対象経費」欄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。

合計額が
・100,000円未満の場合
→ **購入等の金額の合計額**
・100,000円を超える場合
→ **100,000円**

「有」の場合は申請できません。



千代田区がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成金
交付申請書兼口座振替依頼書

令和８年　●月　●日

（申請者）住　所　千代田区　千代田区九段北１－２－１４
氏　名　千代田　さくら　生年月日　●年　●月　●日
電話番号　●●● －●●●● －●●●●（日中連絡が可能な番号）

千代田区がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成金の交付を受けたいので、千代田区がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり、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、申請に当たり、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

助成対象者（申請者と同一の場合、記入不要）	フリガナ	チヨダ　タロウ	生年月日	
	氏　名	千代田　太郎		●●年　●月　●日
	住　所	千代田区　九段北１－２－１４		

治療状況	傷病名	医療機関名	主治医名
	●●がん	●●病院	●●医師

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（装着用ネット、帽子含む）	胸部補整具（補整下着、人口乳房含む）	エピテーゼ	弾性着衣	冷却用キャップ等
購入等の金額（税込み）	50,000 円	55,000 円	円	円	

助成金交付申請額（合計金額）	他からの助成の有無
上限１０万円。上限額以上の記載は１０万円とする【１０万円未満は購入実費（税込み）】 １００，０００ 円	有　・　無

添付書類（添付した書類に☑をつけてください）
☐ アピアランスケア用品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）
☐ がん等の疾病の治療や外傷等に伴う外見の変化を客観的に証明する書類の写し
☐ 申請者及び対象者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し
☐ 振込先口座を確認できる書類（通帳等）の写し

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	預金種別 普通 ・ 当座
	フリガナ	チヨダ　サクラ	口座番号	● ● ● ● ● ● ●
	口座名義（※申請者名義）	千代田　さくら		

※ 申請内容については、千代田区電子計算組織に記録・保存し、統計的に処理します。

【区処理欄】

申請受理印

「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