

文京区がん患者ウィッグ購入等費用助成金交付申請書兼口座振替依頼書

文京区長 殿

申請する日付を記入してください。
※申請期限は商品購入等から1年以内

2025 年 4 月 21 日

申請者 住所 〒112-8555 文京区春日 1-16-21

氏名 文京 花子

助成対象者との続柄 本人

電話番号 03-××××-〇〇〇〇

助成対象者本人が申請する場合は「本人」を
記入してください。
(未成年者以外は原則本人がご申請ください。)

項の規定により、関係書類を添えて申請します。

助成決定金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、区が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報の閲覧及び必要がある場合に医療機関に診療情報を照会することに同意します。

記

助 成 対 象 者	フリガナ	ブンキョウ ハナコ		生 年 月 日	19〇〇 年 〇 月 〇 日					
	氏 名	文京 花子			電 話 番 号	03 (××××) 〇〇〇〇				
	住 所	〒 文京区春日 1-16-21		平日の日中に連絡が取れる番号を記入してください。						
がんの治療状況	診断	乳がん		主治医名	小石川太郎					
	治療方法	☒ 手術療法 ☐ 放射線療法 ☒ 薬物療法（抗がん剤等） ☐ 他（ ）								
助成金申請額	金 95,400 円 ※購入等経費内訳を、裏面に記載してください。 ※購入等経費の総額⑤又は100,000円のいずれか					複数商品を申請する場合は合計金額を記入してください。 (注意!!) 100円未満は切捨て ※裏面の助成金申請額と同じ額を記入				
他からの助成の有無	☐ あり ☒ なし ※過去に他自治体等の助成を受けている対象経費については、申請できません。 ※医療保険各法による治療用装具療養費及び障害者総合支援法による補装具費支給制度の種目は、本事業の助成対象外です。									
本事業による助成歴	☒ あり 助成決定年月（R6 年 4 月） ☐ なし ※ありの場合、年月も記入してください。									
振 込 先 (申請者)	金融機関	〇〇		銀 行	本店					
				信用金庫	文京 支店					
				信用組合	出張所					
	預金種別	☒ 普通 ☐ 当座		口座番号 ※左詰め	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	ブンキョウ ハナコ								
	口座名義人	文京 花子								

※ 助成対象者が「本人」又は「家族」の場合は、申請者欄に「本人」又は「家族」と記入してください。この場合において、「振込先」欄には、「助成対象者本人名義の振込先を記入してください。」

担当者使用欄

助成金交付決定金額	金 円
-----------	-----

請求内訳記載欄

助成対象費用	区分	ウィッグ・帽子 ☒ ウィッグ ☒ 保護ネット ☐ 医療用帽子 ☐ 毛付き帽子 ☐ 帽子	複数商品を申請する場合、該当する購入品目すべてに チェックをいれてください。			つけ眉毛 ☐ つけ眉毛
	購入等年月日 （複数の場合は最も古い 購入日等を記載）	2025 年 1 月 10 日	2024 年 4 月 28 日	☒ 胸部補整下着 ☐ 補整パッド	☐ 乳房 ☐ 乳首 ☐ 鼻 ☐ 耳 ☐ 眼窩	
	購入等経費	① 93,000 円	② 2,450 円	購入等経費は、助成対象外の商品の金額を 除いてください。 複数商品を申請する場合、区分ごとに合計金額を記入 してください。 （例）ウィッグ 90,000 円、保護ネット 3,000 円の場合、 合計金額の 93,000 円が購入等経費となります。		
	購入等経費 の総額（税込）	⑤ 95,450 円 ※ ①、②、③、④の合計額を記入してください				
助成金申請額		95,400 円 ※ ⑤又は100,000 円のいずれか低い額（100 円未満切捨て）				

※エピテーゼとは、がん治療に伴い
（再建術等によって体内に埋め込ま

（注意！！）100 円未満切捨ての額を記入してください。
★よくある間違い：100 円以下を切捨てないようにご注意ください。
例：購入等経費の総額が 95,450 円の場合
（正）95,400 円
（誤）95,000 円 ←100 円以下を切り捨ててしまっているため誤り

添付書類確認欄

添付書類 ※添付もれがないかご確認ください	注意事項
☒ がん治療の受療を証明 する書類の写し	ウィッグ・帽子、つけ眉毛の場合 助成対象者の氏名、脱毛の副作用がある薬剤名 又は頭部への放射線照射等の記載がある書類 （診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書等） 胸部補整具、エピテーゼの場合 助成対象者の氏名、手術療法により治療が必要 な部位を切除したことが記載されている書類 （診療明細書・治療方針計画書等）
☒ 現在治療中（経過観察を 含む）であることがわかる 書類の写し	がんで治療中の医療機関名、診療科名、助成対象者の氏名、直近の受診日の記載が ある書類（直近の領収書、直近の診療明細書等）
☒ 補整具等の購入等した日 付、購入品目、購入金額及 び金額の明細がわかる書類 の写し	助成対象者の氏名、購入日（レンタル、リース、定額利用の場合はその利用開始 日）、購入品目、購入金額、領収書発行者名が記載されている書類（領収書等） ※内訳書、明細書、納品書等を併せての提出も可 ※治療（施術）費、医薬品、メイク用品、ウィッグの保管や手入れ等に使用する用 品、エピテーゼの着脱に必要な接着剤及び剥離剤等の消耗品、再建術等によって 体内に埋め込まれたもの等を除く
【該当する方のみ】 ☐ 申請者が助成対象者の 保護者であることが確認 できる書類の写し	助成対象者が未成年者の場合は、保護者が申請可 申請者が保護者であることが確認できる書類（母子手帳、住民票、戸籍抄本等）