

【申請期間に関する注意事項】

・助成金の対象となるのは、購入日の翌日から起算して1年以内に申請書類を横浜市で確認したものです。

(例) 購入日が令和4年8月3日の場合

令和5年8月3日までに市で申請書類を確認したものが対象となります。

・10,000円未満の帽子等を複数購入した場合

購入日から申請日までが1年以内であれば、合算して申請できます。

例えば、申請日 令和5年8月3日

帽子購入：令和4年8月13日 4,400円

帽子購入：令和4年12月1日 3,300円

帽子購入：令和5年3月15日 4,180円 の場合、

購入時期は違いますが、帽子3点で11,880円になり、

令和4年8月13日から1年以内の申請になるため、上限10,000円で申請できます。

【申請書類に関する注意事項】

・インターネットで購入し、領収書がない場合

ウィッグ等を購入したことがわかる納品書（金額・購入日が書かれているもの）や注文書の控等のコピーを添付してください。

（代引き手数料、送料は助成額の対象外です。）

・抗がん剤治療等を受けていることを証する書類

診療報酬明細書、お薬手帳（抗がん剤の名前の記載があるもの）

治療方針説明書及び同意書（同等の説明書）

入院診療計画書

等、治療を行った・行っていることがわかるものを添付してください。

・領収書等について、コピーではなく原本を添付された場合も

提出いただいた書類は返却できませんのであらかじめご了承ください

がん患者ウィッグ購入費助成金申請案内

次ページの記入例を参考に申請書を記入し、申請に必要な書類を同封の封筒に入れて、所定の郵便料金分の切手を貼って申請してください。

★申請に必要な書類

（左の注意事項をよく読んで申請してください。）

・助成金交付申請書

・ウィッグ等を購入したことがわかる領収書等のコピー

注：商品代・雑貨・商品番号等の記載では受理できません。

・治療を証明する書類のコピー

注：病院の領収書では受理できません。

★申請書の郵送先（郵送のみ受付）

〒 231-0005 横浜市中区本町 6-50-10

横浜市医療局がん・疾病対策課

横浜市ウィッグ購入費助成金受付担当 行

2023年 8月 2日

記入日

●消えないペンで記入して下さい。

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

※1(申請者) 〒 231-1111

住所 横浜市中区中町12-3-45

氏名 横浜一郎

(助成対象者との続柄) 本人

生年月日 T・S・H・R 62年 3月 25日

性別 男 ・ 女

電話 045 (123) 4567

申請者欄

住所、氏名、助成対象者との続柄(本人・親・子など)、生年月日、性別、電話番号(日中連絡が取れる電話番号)を記入してください。
 対象(児)者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
 ※申請者と振込先口座名義人は同じになります。

ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので申請します。申請にあたり、横浜市補助金等の交付に関する規則(平成17年11月30日横浜市規則第139号)及び横浜市がん患者ウィッグ購入費助成要綱を遵守します。

添付書類 ウィッグ等の購入品と金額の明細がわかる書類
 抗がん剤等の治療を受けていることが確認できる書類 ・ 治療方針計画書 ・ 診療明細書 ・ その他

対象(児)者 ※2	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	男・女	T・S H・R 年 月 日
	住所	〒 電話番号		
申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> がん治療の副作用による脱毛のため <input type="checkbox"/> 非がん疾患に対する抗がん剤治療の副作用による脱毛のため (疾患名)			
他の公的助成金受給	<input type="checkbox"/> 有 金額 (円)			
助成金申請金額	<input checked="" type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円未満 (円)			

対象(児)者

助成対象者(患者さん)の氏名、フリガナ、性別、生年月日、住所、電話番号(日中連絡が取れる電話番号)を記入してください。申請者と同じ場合は省略可能です。

申請事由

当てはまる申請事由に✓をしてください。
 非がん疾患の場合は疾患名を記載ください。

他の公的助成金受給の有無

申請するウィッグ購入費に際し、他の公的助成金の受給が有る場合は✓を付け、その金額を記入ください。

助成金申請金額

助成金申請額を✓をしてください。10,000円未満の場合は申請金額を記載ください。
 申請額は購入額(他の公的助成金がある場合は、購入額から他の公的助成金額を除いた額)1万円以上の場合は1万円、9,999円以下の場合は、その購入額となります。

振込先

助成金の振込先を記入してください。※口座名義人と申請者は同じとなるようにしてください。
 振込先は普通預金口座に限ります。
 ゆうちょ銀行への振り込みもできます。※店番(漢数字3桁)
 振込先が間違っていると、助成金の振込ができませんので通帳等で必ず確認してください。

※2 振込先	金融機関名	日本横浜 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協						本店	預金種別
	口座番号(右詰)	1	2	3	4	5	6	7	関内港 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/>
		フリガナ						ヨコハマ	イチロウ
		口座名義人						横浜	一郎
		※申請者名義の口座を記入ください							

※1 対象(児)者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

※3 預金種目は普通預金の口座のみです。

(同意事項)

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

助成決定金額

(横浜市使用欄)

10,000円

円

★申請に必要な書類

・助成金交付申請書

・ウィッグ等を購入したことがわかる領収書等のコピー

お品代・商品番号・雑貨等の記載内容では受理できません。

・治療を証明する書類のコピー(病院の領収書では受理できません。)