

【その他のご注意】

- ・ゆうちょ銀行への振り込みもできます。
※店番（漢数字3桁）・口座番号は通帳でご確認ください。）
- ・インターネットで購入し、領収書がない場合は、
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。）
- ・がん治療を受けていることを証する書類は
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、がんの治療を行った・行っていることがわかるものを添付してください。
- ・10,000円未満の帽子等を複数購入した場合は
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3年8月3日
帽子購入：令和3年3月15日 4,400円
帽子購入：令和2年12月1日 3,300円
帽子購入：令和2年8月13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2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。
- ・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、申請に必要な書類に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

（左のその他のご注意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

【記入例】

第1号様式（第5条関係）

横浜市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

令和3年8月3日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

(申請者) 〒231-1111
 住 所 横浜市中区中町12-3-45
 氏 名 横浜 一郎
 申請者が対象者と異なる場合は以下を記入してください。
 ※1 (助成対象者との続柄)
 生年月日 年 月 日
 性別 男 ・ 女
 電 話 ()

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。
 なお、ウィッグ購入費助成金の申請は初回であることを申し添えます。

対象(児)者	フリガナ	ヨコハマ イチロウ	性別	性 別	生 年 月 日
	氏 名	横浜 一郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		昭和62年3月25日
	住 所	〒231-1111 横浜市中区中町12-3-45	電話番号		045(123)4567
がんの治療状況	医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院	主治医名	〇〇〇〇〇医師	治療方法
					手術・放射線 <input checked="" type="radio"/> 薬剤 その他()
がん治療を受けていることを証する書類	・お薬手帳 <input checked="" type="radio"/> 診療明細書 <input type="radio"/> 治療方針計画書 ・その他() ※いずれかを○で囲んでください。				
購入したウィッグ	購入年月日	令和2年12月1日	購入価額		
			55,000円		
他の公的助成金受給の有無	有(助成額: 円) <input checked="" type="radio"/> 無				
助成金申請金額	※10,000円又は購入額の低い方 10,000円				

※2 振 込 先	金融機関名	日本横浜 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 農協	関内港 <input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店						
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 1普通 <input type="radio"/> 2当座	口座番号						
	口座名義人(フリガナ)	横浜 一郎 ヨコハマ イチロウ	7	6	5	4	3	2	1

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は申請者の口座になります。

(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。

がん患者ウィッグ購入費助成金申請案内

●消えないペンで記入して下さい。

申請者欄

住所、氏名を記入してください。
 助成対象者と申請者が異なる場合は、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。
 ※申請者と振込先は同一人になります。

助成金の対象となるのは、購入日の翌日から起算して1年以内に申請があったものです。
 たとえば、購入日が令和2年8月3日の場合、申請できるのは令和3年8月3日までです。

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。

がんの治療状況

がんの治療で受診している医療機関名、担当医師名を記入してください。該当する治療方法に○を付けてください。

がん治療を受けていることを証する書類

抗がん剤名称が記載されているお薬手帳・診療明細書や治療方針計画書、その他助成対象者ががんの治療を受けていることがわかる書類に○を付けて、該当部分のコピーを同封してください。(病院の領収書等では、受理できません。)

購入したウィッグ

購入したウィッグの購入日と購入金額(税込で構いません。)を記入してください。領収書が複数ある場合は合計額(税込)を記入してください。
 ただし、ケア用品代・送料・手数料は助成金の対象となりません。
 なお、領収書等は「ウィッグ代金」「帽子代金」などと明記してあるものに限りません。

他の公的助成金受給の有無

今回のウィッグ購入に際し、他の公的助成金の受給の有無について、○を付けてください。

助成金申請金額

助成金申請額を記入してください。
 (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)
 申請額は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。
 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。
 ※口座名義人と申請者は同一人となるようにしてください。

★申請に必要な書類

・助成金交付申請書

・ウィッグ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。)