

江戸川区長 殿

江戸川区がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

江戸川区がん患者アピアランスケア支援事業に係る助成金の交付を次のとおり申請します。決定した助成金は下記口座に振り込んでください。なお、この事業の実施に際し、江戸川区が住民基本台帳に記録された情報について閲覧すること及び必要に応じて医療機関等の関係機関に照会することに同意します。

申請者	郵便番号	〒 1 3 2 - 0 0 2 1				連絡先	090-1111-22222			
	住所	江戸川区中央1-4-1								
対象者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ								
	氏名	江戸川 花子 ※ 対象者とは補整具を実際に利用しようとする方を指します。								
助成対象経費及び請求額	補整具の品目	購入（レンタル）年月日	1年以内に支払った経費（ア）	請求額（ア又は上限額の低い方）						
	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ（ネット含む。） <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> 弾性着衣	令和 5年 5月 1日	130,000 円	①（上限額 100,000 円） 100,000 円						
	<input type="checkbox"/> ウィッグ（ネット含む。） <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input checked="" type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> 弾性着衣	令和 5年 6月 15日	25,000 円	②（上限額 100,000 円） 25,000 円						
	請求額の合計			①+② 125,000 円						
要件確認	<input checked="" type="checkbox"/> 助成対象経費について他の法令等に基づく同種の助成、給付等を受けていません。									
振込先	金融機関名	金融機関コード	0 0 0 0	支店コード	0 0 0	預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄			
		〇〇〇	銀行 信用組合	〇〇〇支	店 出張所	口座番号	0123456			
フリガナ	エドガワ タロウ									
口座名義名	江戸川 太郎									

2か所に押印をお願いします。
(スタンプ印不可)

申請書記載上の注意事項など

項目名	内容・注意いただきたい事項
申請日	申請書を提出する日を記載してください。申請日の直近1年以内に支払った経費が助成対象となります。
申請者	補整具に係る経費を支払った方が申請者となります。原則、本人又は同一世帯の方が申請してください。押印はシャチハタなどのスタンプ印は不可です。
対象者	対象者とは実際に補整具を利用する方を指します。申請者と同じ場合には「申請者と同じ」にチェックを入れてください。
補整具の品目	対象となる品目は以下のいずれかです。 ・ウィッグ（装着時に必要なネットを含みます。） ・毛付き帽子 ・胸部補整具（補整下着、人工乳房、人工ニップルなど） ・弾性着衣（保険による給付を受ける場合は対象外です。）
購入（レンタル）年月日	補整具を購入した日またはレンタルに係る経費を最初に支払った日を記載してください。
1年以内に支払った経費（ア）	申請日の直近1年以内に支払った経費の合計額を記載してください。消費税は対象に含みますが、技術料、手数料といった経費は対象外です。
請求額	1年以内に支払った経費（ア）と上限額 100,000 円のうち、低い方の額を記載してください。 (例) 1年以内に支払った経費が税込 130,000 円の場合：100,000 円
請求額の合計	請求額①と②の合計金額を記載してください。
要件確認	他の助成金、保険給付などを受けている場合は助成金を申請できません。
振込先	振込先は申請者本人の口座を記載してください。記載内容に誤りがあると振込をすることができませんので、通帳などを十分確認してください。金融機関コード、支店コードが不明な場合は空欄のままとしてください。
添付書類	
がん治療を受けていることを証する書類	対象者が、がんの治療を受けたことが分かる書類（お薬手帳や診療明細書、治療方針計画書など）のコピーを添付してください。 【ウィッグまたは毛付き帽子の場合】 脱毛の副作用がある化学療法や放射線療法などを受けたことが分かる書類が必要です。 【胸部補整具の場合】 乳房切除などの手術をしたことが分かる書類が必要です。 【弾性着衣の場合】 リンパ浮腫の原因となるリンパ節切除や放射線治療などを受けたことが分かる書類が必要です。
購入（支払）日、品目、金額、購入者等の明細が分かる書類	領収書等の原本を提出してください。領収書には次の項目全ての記載が必要です。 ①発行（支払）日 ②宛名（申請者の氏名） ③購入（レンタル）金額 ④金額の内訳 ⑤領収書発行者（販売店）の名称・住所
申請者の本人確認書類	運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなどのコピー ※マイナンバーカードの個人番号記載面はコピーしないでください。

添付書類

- 対象者ががん治療を受けていることを証する書類（診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書等）の写し
- 購入（支払）日、品目、金額、購入者等の明細が分かる書類（領収書等）の原本
- 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