

江戸川区長 殿

江戸川区がん患者等アピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

江戸川区がん患者等アピ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、以下の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	090-1111-2222
	住所	江戸川区中央1-4-1										
	氏名	江戸川 太郎 ※ 対象者本人又は同一世帯の方が申請できます。										
対象者	住所	☒ 申請者と同じ。										
	氏名	江戸川 花子 ※ 対象者とは補整具等を実際に利用する方を指します。										
補整具等を必要とする理由		☒ がん治療 ・ ☐ その他 その他の場合は傷病名等										
請求額	1 件目（上限10万円）	☐ 過去に申請済 72,000 円										
	2 件目（上限10万円）	100,000 円										
	合計（請求額）	172,000 円										
要件確認	☒ 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	〇〇〇	支店	店	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										

添付書類

- ☒ 診療明細書、治療方針計画書、診断書等の対象者ががん治療等を受けていることを証する書類の写し（当該書類がない場合は、医師の意見書（第2号様式））
- ☒ 別紙 助成対象経費及び請求額内訳
- ☒ 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

1 件目

	補整具等の品目	購入（レンタル） 年月日	1年以内に 支払った経費
1	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 6 年 9 月 1 日	30,000 円
2	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 7 年 1 月 30 日	20,000 円
3	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 7 年 4 月 15 日	12,000 円
4	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 7 年 7 月 1 日	10,000 円
5	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
6	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
7	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
8	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
9	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
10	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
1 件目合計			72,000 円

2 件目

	補整具等の品目	購入（レンタル） 年月日	1年以内に 支払った経費
1	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 7 年 1 月 23 日	150,000 円
2	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
3	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
4	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
5	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
6	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
7	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
8	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
9	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
10	1 ウィッグ 4 エビデューゼ（人工乳房等） 2 帽子 5 弾性着衣 3 補正下着（胸部補整具等） 6 その他	令和 年 月 日	円
2 件目合計			150,000 円

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 <u>支払った方</u> が申請者となります。 原則、 <u>本人又は同一世帯の方が申請</u> してください。 押印はシャチハタなどの <u>スタンプ印は不可</u> です。
対象者	対象者とは実際に <u>補整具</u> 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。
請求額	別紙 助成対象経費及び請求額内訳の1件目合計、2件目合計の額を記載してください。ただし、1件の合計が100,000円以上の場合は、「100,000」を記載してください。
請求額の合計	1件目と2件目の合計金額を記載してください。
要件確認	助成対象となる補整具等の購入費用に関して、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。
補整具等の品目	対象となる品目は以下のいずれかです。 ・ウィッグ（装着用ネット、クリップを含む） ・帽子（毛付き帽子、医療用帽子等） ・補整下着（補整パッドを含む） ・弾性着衣（保険による給付を受ける場合は対象外です。） ・エピテーゼ（人工乳房等） ・その他（冷却用キャップ・グローブ・ソックス等）
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	消費税は対象に含みますが、 <u>技術料、手数料、送料といった経費は対象外</u> です。
添付書類	
がん等の疾病や外傷に伴う外見の変化を証明する書類のコピー	対象者が、がん等の疾病や外傷に伴って外見に変化が生じたことが分かる書類（診療明細書、治療方針計画書、診断書など）のコピーを添付してください。 【ウィッグまたは帽子の場合】 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または脱毛の原因となった疾病や外傷が分かる書類が必要です。 【補整下着、人工乳房の場合】 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。

	【エピテーゼ（人工乳房以外）の場合】 エピテーゼを使用する身体の部位の欠損の原因となった疾病や外傷が分かる書類が必要です。 【冷却用キャップ・グローブ・ソックスの場合】 脱毛や爪の変化などの副作用がある化学療法などを受けたことが分かる書類が必要です。 ※ 書類が用意できない場合は、医師の意見書を提出してください。意見書は江戸川区ホームページから印刷、または江戸川保健所・健康サポートセンターの窓口で入手できます。（意見書作成に関して生じた費用は、助成対象となりません。）
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 ※ 領収書はコピー不可です。また、原則返却しません。
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。