

記入例

2026年 12月 12日

調布市長 宛

(申請者)
 住所 小島町98-76-54 321号室
 氏名 患者 太郎
 助成対象者との続柄 本人
 電話番号 090-1234-5678

Wordデータに入力して印刷するか、ボールペンで記入してください（消えるペンは不可）。
 書き間違えた場合は、二重線を引き、余白に正しいものをご記入ください。

この申請書を作成した日を記入

申請者の情報を記入
 ※ 患者本人が記入する場合は、「助成対象者との続柄」に「本人」と記入。
 ※ 購入者（領収書の宛名）が家族の場合は、当該家族を申請者とする。
 （振込先は患者名義でなければならない。）
 なお当該家族と患者本人が同居していない場合、患者本人が当該家族の扶養に入っている場合のみ、申請可とする（扶養に関する証明書の添付が必要）。

調布市がん患者等アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

調布市がん患者等アピアランスケア支援事業による助成金を受けるため、調布市がん患者等アピアランスケア支援事業実施要綱第5の規定により申請します。
 また、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録を調布市が調査することについて同意します。

助成対象者	フリガナ	カンジャ タロウ		生年月日						
	氏名	患者 太郎		2000年10月10日生						
	住所	〒182-0026 調布市 小島町98-76-54 321号室								
治療状況	医療機関名	〇〇病院		主治医名	主治医 次郎					
				治療方法	手術・放射線・薬剤 その他 ()					
治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 ・ その他 () ※重度の脱毛症の場合、原則「診断書」が必要です。									
今回購入等した補整具等の種類	(1)ウィッグ (ネット・帽子を含む) (2)補整下着, シリコンパッド等	購入等年月日	2026 9 9 2026年 10月 10日 2026 11 11							
		購入等額	90,000 円		申請額	30,000 円				
本事業による助成歴	1. 有 →以下を御記入ください。 助成決定年月 年 月 助成を受けた補整具等の種類 (ウィッグ/補整下着, シリコンパッド等) 2. 無									
振込先金融機関名	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇〇〇 支店							
振込口座	預金種別	普通 ・ 当座 (いずれかに○)	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義 (カタカナ)		カンジャ タロウ								
口座名義		患者 太郎								

患者の情報を記入

医療機関名	治療している医療機関の名称
主治医名	主治医の氏名 (フルネームが分からない場合は、苗字のみでも可)
治療方法	該当の項目に○を付ける。「その他」の場合は、カッコ内に内容を記入

該当の項目に○を付ける。「その他」の場合は、カッコ内に内容を記入

今回購入等した補整具等の種類	(1)か(2)に○を付ける
購入等年月日	購入日を全て記入。複数ある場合は、行を分けて記入。 ※領収書の年月日と一致していること。

購入等額	対象となる品目の購入額 (複数ある場合は、全ての品目の合計額)
------	---------------------------------

申請額	「購入等額」が30,000円以上・・・30,000円と記入 「購入等額」が30,000円未満・・・「購入等額」と同額を記入
-----	--

有に○を付ける (同一種目で過去に助成歴がある場合、助成の対象になりません)

原則、患者名義の口座 (7ケタ) を記入

添付書類 (下記2点が必要)
 ①がん等の治療の受診を証明する書類 (診療明細書・診断書・お薬手帳等)
 コピー可。患者本人の氏名 (フルネーム) 必須。
 ②領収書またはレシート
 原本を提出。氏名 (フルネーム) 必須。支払日から1年を過ぎたものは無効。
 購入等した物の記載が必須。領収書はただし書きに「ウィッグ代として」等の記載が必要 (「お品代」は不可)。
 商品名が分からないレシートは不可 (この場合、領収書を発行してもらうこと)。

※お振込口座は、助成対象者のものとします。
 ※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。