

記入例

- ・ボールペンでご記入ください。消えるボールペンや鉛筆は使用できません。
- ・訂正する場合は、二重線で訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。
- ・押印は不要です。もれなく記入してください。

第1号様式（第6条関係）

世田谷区がん患者等アピアランスケア費用助成金交付申請書兼請求書

世田谷区長 あて

世田谷区がん患者等アピアランスケア助成事業の助成について、以下のとおり申請及び請求をします。また、当該申請内容を審査するにあたり、世田谷区が公募により住民票関係情報を確認すること、必要に応じて医療機関や他自治体に診療情報や助成歴を照会することや助成対象品の販売店等に購入等の内容について確認することに同意します。

1 申請内容		申請日	令和 8年 1月 5日			
申請者	(ふりがな) 氏名 (自署)	せたがや はなこ 世田谷 花子	昭和 生年月日 平成 ●年 ●月 ●日 令和			
	住所	〒 154-0017 世田谷区 世田谷4丁目24番1号 城山分庁舎				
	電話番号	090-1234-XXXX	助成対象者 との続柄	本人		
助成対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（助成対象者本人が申請する場合はチェックのみで「助成対象者」欄は記入不要）					
	(ふりがな) 氏名	昭和 生年月日 平成 年 月 日 令和				
疾患名・治療	疾患名	乳がん				
	医療機関	○○ 病院	主治医	△△ △△		
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 (抗がん剤) <input type="checkbox"/> その他 ()				
助成対象品	対象品目	※申請する対象品すべてにチェックを付けてください。		治療や疾病、外傷の証明書類		
		<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ(装着用ネット、クリップ含む。)		<input checked="" type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある治療 ※化学療法の薬剤名、放射線治療の記載		
		<input checked="" type="checkbox"/> 帽子		<input checked="" type="checkbox"/> 脱毛の原因となった疾病、 外傷等		
		<input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 弹性着衣		<input type="checkbox"/> 手術による乳房やリンパ節 の切除		
		<input type="checkbox"/> エピテーゼ		<input type="checkbox"/> 欠損の原因となった外傷等		
		<input type="checkbox"/> 頭皮冷却用 キャップ		<input type="checkbox"/> 脱毛や手足のしづれの副作用 を伴う抗がん剤の使用		
	購入等費用 (税込み)	1 2 3 0 0 0	円	購入等 年月日	令和 7年 9月 15日	
	交付申請額	(上限10万円。購入等費用が10万円未満の場合はその額。)		他の助成等	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する対象品は、他の助成や給付制度の対象ではありません。	
過去の助成歴	本助成金は、助成対象者お一人につき世田谷区その他東京都内自治体を含め、2回まで交付を受けることができます。令和5年4月以降に同様の助成を受けましたか。					
	<input checked="" type="checkbox"/> はい→	<input checked="" type="checkbox"/> 世田谷区 <input type="checkbox"/> その他 (自治体名:)	→助成年月 令和7年8月	<input type="checkbox"/> いいえ		
提出書類	右に記載する書類を あわせて提出します。 <input checked="" type="checkbox"/> 治療や疾病、外傷を 証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書等の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 製品金額が確認できない場合、明細も提出					
2 振込先						
振込先	金融機関	○ △	銀行 信用金庫・農協 信用組合・労働金庫	(支店名等) □ □		本店・支店 出張所
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	※右詰め。7桁未満は頭に 0を付けてください。	口座 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	口座名義 ※申請者と同じ	氏名	世田谷 花子	フリ ガナ	セタガヤ ハナコ	

▶ 購入またはレンタルの費用を支払った日（購入等年月日に記載した日付）から1年以内の日付

▶ 申請できる方は、がん患者の方（助成対象者）とその同一世帯の方です。

▶ 日中連絡のつく電話番号

▶ 対象品ごとに提出する治療等の証明が異なります。
「→」の右側の内容が記載されている書類が必要です。

▶ 領収書と同じ金額。
領収書が複数ある場合は、合算額を記入。
ただし、助成対象品ではないものが含まれている場合は、その分を除いてください。

▶ 購入の領収書が複数ある場合は、一番古い日付を記入してください。

▶ 書類が揃っていることを確認し、チェックをしてから提出してください。

▶ 振込口座は「申請者」の口座です。