

広島県がん患者ウィッグ購入費助成申請書

広島県知事 様

申請日 年 月 日

※助成対象者が未成年の場合、親権者又は未成年後見人。

申請者氏名

申請者住所

※「本人」以外による申請の場合、別紙「委任状」が必要。ただし、助成対象者が未成年の場合は不要。

連絡先

(日中に連絡可能な電話番号)

助成対象者との関係

(例: 本人、配偶者、父母、子など)

私は、広島県がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱による助成金を受けたいので、次の同意事項に同意した上、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

【同意事項】

- ・申請内容の確認等で必要な場合は、県から直接、医療機関や購入先に照会を行うこと。
- ・必要に応じて県から市町に対象ウィッグに係る領収証等の写しを提供すること。

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 助成対象者 ※1人1回限り | 氏名 | | | | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 住所 | | | | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 2 助成対象費用 ※7用品(消耗品、スタンド、ブラなど)は対象外 | 購入ウィッグ等 ※該当するものに☑ | <input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ | | <input type="checkbox"/> 頭皮保護用ネット | |
| | 購入年月日及び 購入金額(消費税を含む) ※複数の場合は併記 | 年 月 日 | 円 | 合計 | |
| | | 年 月 日 | 円 | 円 | |
| 3 添付書類 ※全て☑を付けること | <input type="checkbox"/> | ① 対象ウィッグに係る領収証等(コピー可) ※購入日、購入者氏名(申請者又は助成対象者)、領収金額に係る全ての購入品名(全頭用と分かるように記載)及び購入金額の内訳(内訳書や明細書の添付も可)の記載が必要 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ② がんの診断及び治療内容が分かる書類(コピー可) ※氏名、医療機関名、病名の記載及び治療による脱毛の副作用が確認できること 【例】治療に関する同意書、計画書、説明書など(複数添付による確認可) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ③ がんの治療を受けたことが分かる書類(コピー可) ※氏名、医療機関名、日付、脱毛の副作用がある治療内容の記載が必要 【例】診療明細書、お薬手帳など(複数添付による確認可) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ④ 助成対象者及び申請者に係る住民票の写し(コピー可) ※本籍と、個人番号(マイナンバー)は必ず省略。証明日から概ね3か月以内。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤ 振込先口座の確認書類(通帳・キャッシュカードのコピー等) ※金融機関名、支店名、預金種別、口座名義(カタカナ)、口座番号の確認に使用するため | | | |
| 4 振込先口座 ※申請者名義のものに限る | 金融機関名 | 銀行・金庫・組合・その他() | | | |
| | 支店名 | 本店・支店・出張所・その他() | | | |
| | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | | | |
| | 口座番号(右詰め) | | | | |
| | 口座名義(カタカナ) | | | | |
| 助成決定金額 | ※広島県使用欄 (この欄は記入しないでください) | | 円 | | |
| | ※購入金額(複数の場合は合計額)の2分の1の額(千円未満切り捨て)、もしくは50,000円(上限額)のいずれか低い方 | | | | |

※申請に当たっては、必ず裏面の「注意事項」を御確認ください。

■ 注意事項

- 1 この申請は、対象ウィッグを購入した日から1年以内に行ってください。
なお、複数のウィッグを対象ウィッグとして申請する場合は、最初に購入した対象ウィッグの購入日から1年以内に申請を行ってください。
- 2 助成の決定をした場合は、広島県健康福祉局健康づくり推進課から文書で通知します。
なお、助成できない場合も、その理由を付して文書で通知します。
- 3 書類に不備がある場合など、助成金を交付できないことがあります。
- 4 本事業による助成は助成対象者1人につき1回限りです。
- 5 広島県のがん情報サポートサイト「広島がんネット」に、本事業に関する質疑応答集を掲載しています。

広島がんネットーがんとの共生ーアピアランスケア（ウィッグ購入費助成）

※<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/kyousei-appearance.html>



■ 個人情報の取扱いについて

この申請により得られた個人情報は、当該助成金の交付事務以外には使用しません。また、関係法令を遵守し厳重に管理するとともに、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

■ 問い合わせ先

広島県健康福祉局健康づくり推進課がん医療・共生グループ

電話：082-513-3093（ダイヤルイン）

【申請書の提出方法】

郵送の場合

次の住所に郵送してください。

なお、病歴に関することなど重要な個人情報を含むため、原則、追跡可能な方法（レターパック、簡易書留、特定記録など）で郵送してください。

【宛先】

〒730-8511 広島県広島市中区基町10番52号

広島県健康福祉局健康づくり推進課 がん医療・共生グループ

持参の場合

担当課の窓口までお越しください。

【窓口】

広島県庁本館5階（広島県広島市中区基町10番52号）

広島県健康福祉局健康づくり推進課 がん医療・共生グループ

【受付時間】

平日の午前8時30分～12時、午後1時～5時（ただし祝日及び年末年始等の閉庁日を除く。）