

第 1 号様式（第 5 条）

購入日の翌日から
1年以内の日付

浦安市がん患者医療用補整具等購入費等助成申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者 住 所
氏 名 浦安 花子
電話番号

平日日中連絡が取れる
電話番号を記入してく
ださい。

対象者本人の氏名（代理人の氏名
で申請する場合は委任状が必要
です。）

医療用補整具等購入費等の助成を受けたいので、浦安市がん患者医療用補整具等購入費等助成の助成に関する規則第 5 条の規定により、関係書類を添えて、申請いたします。

がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治 療 方 法							
	○△病院	浦安太郎 医師	手術	放射線	ここに記載の古い日付から1年以内が申請期限となります。					
ウィッグ （購入・借受け）	購入年月日	購入等に要した費用（税込）	ウィッグ							
	令和7年3月12日	100,000円	3万円又は購入等に要した費用（税込）のいずれか少ない方の額を記入してください。							
	借受け期間 自 令和7年11月7日 至 令和8年4月14日		30,000 円							
胸部補整具 （購入）	購入年月日	購入に要した費用（税込）	胸部補整具助成申請額							
	令和7年3月21日	20,000円	2万円又は購入に要した費用（税込）のいずれか少ない方の額を記入してください。 20,000 円							
エピテーゼ （購入）	購入年月日	購入に要した費用（税込）	エピテーゼ助成申請額							
	令和7年4月27日	49,000円	5万円又は購入に要した費用（税込）のいずれか少ない方の額を記入してください。 49,000 円							
本事業助成の有無	有 →助成決定年月日（ 年 月 日）種類（ウィッグ・胸部補整具・エピテーゼ）		他の助成の有無							
	無		有 ・ 無							
振込先	金融機関名	浦安 銀行・信用金庫 信用組合	浦安 本店・支店 出張所	預金種別						
	フリガナ	ウラヤス ハナコ	口座番号	普通 ・ 当座						
	口座名義	浦安 花子		1	2	3	4	5	6	7
添付書類	(1) 治療方針計画書、抗がん剤治療同意書の写しその他がんの治療を受けていることを証する書類									
	(2) 医療用補整具等の購入等をした日付									

対象者（申請者）と口座名義が異なる場合は、委任状が必要となります。