

広島県がん患者ウィッグ購入費助成申請書

【記入例】

広島県知事 様

申請日 令和6年5月1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 広島県庁

※「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。

申請者住所 〒730-8511
広島市中区基町 10-52

連絡先 082-228-2111
(日中に連絡可能な電話番号)

助成対象者との関係 本人
(例: 本人、配偶者、父、母、子など)

注意

最初のウィッグ購入日から **1年以内** に
申請してください。

(例) 令和6年4月10日購入
→ 令和7年4月10日まで

・郵送の場合…10日消印有効
・持参の場合…10日までの開庁日に持参

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
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
- ・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

1 助成対象者 ※1人1回限り	氏名			<input checked="" type="checkbox"/>	申請者と同じ	
	住所			<input checked="" type="checkbox"/>	申請者と同じ	
	生年月日	大正・昭和 平成	令和 4年 6月 1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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ		<input checked="" 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	令和6年 4月 10日	45,000円	合計		
		令和6年 4月 20日	50,000円	95,000円		
3 添付書類 ※全て <input checked="" type="checkbox"/> を付ける こと	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	県庁	銀行	金庫・組合・その他()		
	支店名	本館	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)	0	0	0	0	0
	口座名義(カタカナ)	ヒロシマ ケンチョウ				
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。
（※）最初のウィッグ購入日から1年後まで（表面の記入例参照）
- 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。）