注　意　事　項

【申請期間について】

■ 助成金の対象となるのは、購入日から１年以内に申請書類を横浜市で確認したものです。

（例）購入日が令和５年８月３日の場合
　　令和６年８月３日までに横浜市で申請書類を確認したものが対象となります。

■ 10,000円未満のウィッグや帽子等を複数購入した場合
　購入日から１年以内に横浜市で確認ができるものは、合算して申請できます。

（例）帽子３点を購入し、計11,880円の場合
　①令和５年８月13日　4,400円　　②令和５年12月１日　3,300円
　③令和６年３月15日　4,180円
　最初の購入日①令和５年８月13日から１年以内の令和６年８月13日までに、横浜市で確認ができるよう申請書類が到着した場合は、助成額は上限10,000円となります。

【申請に必要な書類について】

■ 抗がん剤等の治療を受けていることが確認できる、申請日の前日から起算して２年以内に作成された書類

（例）申請日が令和６年８月３日の場合
　　令和４年８月３日以降の日付で作成された書類が対象となります。

診療明細書、お薬手帳（抗がん剤の名前の記載があるもの）
治療方針説明書及び同意書（同等の説明書）、入院診療計画書　等

　治療を行った・行っていることがわかるものを添付してください。
　病院の領収書では、抗がん剤等の治療を受けていることが確認できないため、受理できません。

■ 領収書、レシート等でウィッグ等を購入したことが確認できない場合
　記載内容がお品代・雑貨・商品番号のみでは受理できません。納品書等、他に確認できる書類を添付してください。ケア用品等は助成対象外です。
　ない場合は、領収書、レシート等にウィッグ代であることを補記してください。

■ インターネットで購入し、領収書がない場合
　ウィッグ等を購入したことがわかる納品書（金額・購入日が書かれているもの）や注文書の控等のコピーを添付してください。代引き手数料、送料は助成対象外です。

がん患者ウィッグ購入費助成金申請案内

　この案内には、申請書の書き方や必要書類について記載していますので、内容をよく読んで申請してください。
　申請の際は必要な書類を同封の封筒に入れて、所定の郵便料金分の切手を貼って、郵送してください。

　書類に不備がある場合や、購入日から１年を経過した物については申請を受理できません。

申請に必要な書類

１　助成金交付申請書

２　ウィッグ等の購入品と金額の明細がわかる書類
（領収書、レシート等のコピー）

３　抗がん剤等の治療を受けていることが確認できる、申請日の前日から起算して２年以内に作成された書類

注：領収書等の書類について、コピーではなく原本を添付して申請した場合、提出いただいた書類は返却できません。あらかじめご了承ください。

申請書の郵送先（郵送のみ受付）

〒　231-0005　横浜市中区本町６－50－10
横浜市医療局がん・疾病対策課
横浜市ウィッグ購入費助成金受付担当 行
電話　045-671-2721

第１号様式（第６条関係）

横浜市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

2024年　８月　２日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

※１（申請者）　〒　231-0005

住　所　横浜市中区本町6-50-10

氏　名　横浜一郎

（助成対象者との続柄）　本人

生年月日　T・Ⓢ・H・R　62　年　3月　25日

性別　Ⓜ男　・　女

電　話　045　(123)　4567

ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので申請します。申請にあたり、横浜市がん患者ウィッグ購入費助成要綱を遵守します。

添付書類 ☑ ウィッグ等の購入品と金額の明細がわかる書類
☑ 抗がん剤等の治療を受けていることが確認できる、申請日の前日から起算して２年以内に作成された書類 ・治療方針計画書・診療明細書・その他

対象(児)者※２	フリガナ		性　別	生　年　月　日
	氏　名	☑ 同上	男・女	T・S H・R　年　月　日
	住　所	〒　電話番号		
申　請 状　況	☑ 初回申請 □ 前回、交付決定を受けた日が属する年度の翌年度から５年間経過 ※前回、交付決定を受けた日が属する年度の翌年度から５年間は申請ができません			
申　請　事　由	☑ がん治療の副作用による脱毛のため □ 非がん疾患に対する抗がん剤治療の副作用による脱毛のため （疾患名　）			
他の公的助成金受給	□有　金額（　円）			
助成金申請金額	☑10,000円 □ 10,000円未満（　円）			

ご希望するお振込口座をどちらか選択の上、チェックを入れてください。

□ ゆうちょ銀行以外の銀行口座へお振込み（普通口座のみ）

振込先	金融機関名	銀行　信金 信組　農協	本店 支店	預金種別 普通
	口座番号（右詰）		口座名義人（カ　ナ）	※申請者名義の口座をカナで記入

☑ ゆうちょ銀行へのお振込み（普通口座のみ）

振込先	ゆうちょ銀行	一二三 ※漢数字三桁で記入	本店 Ⓢ支店	記号	1	2	3	4	5	預金種別 Ⓢ普通		
	口座番号（右詰）	1	2	3	4	5	6	7	1	口座名義人（カ　ナ）	ヨコハマ　イチロウ ※申請者名義の口座をカナで記入	

※１　対象(児)者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
※２　申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

（同意事項）
横浜市暴力団排除条例第８条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

助成決定金額（横浜市使用欄）
□　10,000円
□　円

●消えないペンで記入して下さい。

記入日

申 請 者 欄：住所、氏名、助成対象者との続柄（本人・親・子 など）、生年月日、性別、電話番号（日中連絡が取れる電話番号）を記入してください。
対象（児）者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
※申請者と振込先口座名義人は同じになります。

対 象（児）者：助成対象者（患者さん）の氏名、フリガナ、性別、生年月日、住所、電話番号（日中連絡が取れる電話番号）を記入してください。申請者と同じ場合は省略可能です。

申 請 状 況：当てはまる申請状況に✓をしてください。
前回、交付決定を受けた日が属する年度の翌年度から５年間は申請ができません。

申 請 事 由：当てはまる申請事由に✓をしてください。
非がん疾患の場合は疾患名を記載ください。

他の公的助成金受給の有無：申請するウィッグ購入費に際し、他の公的助成金の受給が有る場合は✓を付け、その金額を記入ください。

助成金申請金額：助成金申請額を✓をしてください。10,000円未満の場合は申請金額を記載ください。
申請額は購入額（他の公的助成金がある場合は、購入額から他の公的助成金額を除いた額）１万円以上の場合は１万円、9,999円以下の場合は、その購入額となります。

振込先（ゆうちょ銀行以外）：ゆうちょ銀行以外の銀行口座へお振込みの場合、✓をして助成金の振込先を記入してください。
※口座名義人と申請者は同じとなるようにしてください。
振込先は普通預金口座に限ります。振込先が間違っていると、助成金の振込ができませんので通帳等で必ず確認してください。

振込先（ゆうちょ銀行）：ゆうちょ銀行へお振込みの場合、✓をして助成金の振込先を記入してください。
支店名は漢数字三桁、記号は五桁、番号は八桁（末尾「1」は記入済み）になります。
※口座名義人と申請者は同じとなるようにしてください。
振込先は普通預金口座に限ります。振込先が間違っていると、助成金の振込ができませんので通帳等で必ず確認してください。

振込先情報の間違いが多発しています。
よくご確認の上、ご記入してください。