

*** がん患者アピアランスケア支援事業 申請チェックシート ***

申請の前に、以下の項目についてご確認いただき、該当する場合は ☒ をお願いします。

① 申請者・対象者（ウィッグ・乳房（胸部）補整具を使用する方）等について	
☐	申請日時時点で鹿児島市に住所を有しますか。
☐	「申請者」と「対象者」は同一人物ですか。 ※ ☐ 上記に当てはまらないが、下記のいずれかに当てはまりますか。 ☐ 「対象者」が未成年で、「申請者」が対象者の親権者（保護者）です。 ☐ 「対象者」がやむを得ない事情で申請ができず、下記②提出書類の「委任状」を提出のうえ、申請を委任します。 ☐ その他やむを得ない事情（申請の前に保健予防課まで相談をしました。）
☐	がんと診断され、手術・化学療法等のがんの治療（以下「がん治療」とします。）を受けましたか、または現在受けていますか。
☐	他の制度や鹿児島市の制度で、過去にウィッグ又は乳房（胸部）補整具の購入費用の助成を受けたことはありませんか。（過去にウィッグの助成を受け、今回乳房（胸部）補整具の申請をする、または過去に乳房（胸部）補整具の助成を受け、今回ウィッグの申請をすることは可能です。）
☐	申請日は、対象となるウィッグ又は乳房（胸部）補整具の購入日が属する年度の末日までとなっていますか。
② 提出書類について	
☐	「交付申請書兼請求書（様式第1）」を記入例を参考に記載しましたか。
☐	がんと診断され、がん治療を受けたまたは現在受けていることを証明する書類のコピーを添付しましたか。（例．治療方針計画書、薬物療法に関する説明書、診断書など）
☐	対象の商品を購入した際の領収書（原本）を添付しましたか。 ※ ☐ 申請分全ての領収書が添付されていますか。 ※ ☐ 領収書には、下記の項目が全て記載されていますか。 ・申請者又は対象者の氏名 ・購入年月日 ※令和7年4月1日以降に購入した物が対象です。 ・品名（商品名など、全頭用ウィッグ又は乳房補整具であることがわかるもの） ・購入金額の明細がわかるもの ※ウィッグ（装着に必要なネットを含む）・乳房（胸部）補整具の本体代が助成対象です。 ・個（台）数 ・領収書の発行元の名称（店の名称）・所在地
☐	助成金の振り込みを希望する金融機関の、金融機関名、支店名、預金種目、口座名義（カナ名義）及び口座番号が確認できるもの（通帳等のコピー）を添付しましたか。
☐	助成金の振り込みを希望する金融機関の口座は、申請者又は対象者の口座ですか。
☐	（対象者がやむを得ない事情で申請ができず申請を委任する場合や助成金の受領を委任する場合のみ） 委任状（様式第2）を添付しましたか。