

*** がん患者ウィッグ購入費助成事業 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(申請をする方・助成金を受け取る方)・対象者(ウィッグを使用する方)等について	
<input type="checkbox"/>	申請日時時点で鹿児島市に住所を有しますか。
<input type="checkbox"/>	「申請者」と「対象者」は同一人物ですか。 ※ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 「対象者」が未成年で、「申請者」が対象者の親権者(保護者)です。 <input type="checkbox"/> 「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。 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情(申請の前に保健予防課へ相談をしました。)
<input type="checkbox"/>	がんと診断され、抗がん剤、放射線照射等のがんの治療(以下「がん治療」という。)を受けましたか、または現在受けていますか。
<input type="checkbox"/>	他の制度や鹿児島市の制度で、過去にウィッグの購入費用の助成を受けたことはありませんか。
<input type="checkbox"/>	申請日は、対象となる医療用ウィッグ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	
<input type="checkbox"/>	「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。
<input type="checkbox"/>	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、薬物療法に関する説明書、治療方針計画書、診断書など)
<input type="checkbox"/>	対象の医療用ウィッグを購入した際の領収書(原本)を添付しましたか。 ※ <input type="checkbox"/> 領収書には、下記の項目が全て記載されていますか。 ・対象者の氏名 ・購入年月日 ※令和6年4月1日以降に購入した物が対象です。 ・品名 ・購入金額の明細がわかるもの ※医療用ウィッグ(装着に必要なネットを含む)の本体代が助成対象です。 ・台数(個数) ・医療用ウィッグが全頭用であること(備考や品名に記載が必要) ・領収書の発行元の名称(店の名称)・住所
<input type="checkbox"/>	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、口座種別、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。
<input type="checkbox"/>	(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のみ) 委任状(様式第2)を添付しましたか。