

広島県知事 様

※助成対象者が未成年の場合、  
親権者又は未成年後見人。

※「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。

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 申請日                         | 令和4年5月1日                   |
| 申請者氏名                       | 広島県庁                       |
| 申請者住所                       | 〒730-8511<br>広島市中区基町 10-52 |
| 助成対象者との関係<br>(例：本人、父、母、子など) | 本人                         |
| 連絡先<br>(日中に連絡可能な電話番号)       | 082-228-2111               |

※必ず記入してください

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成金を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。  
また、申請内容の確認等に必要な場合は、広島県から、医療機関に治療内容等、また購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

|                                              |                                                                |                                                                                                    |  |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|
| 1 助成対象者<br>※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<br>平成 4 年 6 月 1 日                                                                            |  |                                              |
| 2 助成対象費用<br>※7用品(消耗品、<br>スタンド、ブラシなど)<br>は対象外 | 購入ウィッグ等<br>※該当するものに☑                                           | <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<br>※複数の場合は併記                                             | ① 令和4 年 4 月 10 日<br>② 令和4 年 4 月 20 日                                                               |  |                                              |
|                                              | 購入金額<br>※複数の場合は併記                                              | ① 45,000 円 (消費税を含む)<br>② 50,000 円                                                                  |  |                                              |
| 3 助成申請額                                      | 申請額                                                            | 47,000 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)、<br>もしくは50,000円(上限額)のいずれか低い方 |                                                                                                    |  |                                              |
| 4 添付書類<br>※全て☑を付ける<br>こと                     | <input checked="" type="checkbox"/>                            | ① 対象ウィッグに係る領収証等(コピー可)<br>※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<br>品名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)<br>※氏名、医療機関名、病名、治療による副作用「脱毛」の記載が必要<br>【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)<br>※氏名、医療機関名、日付、治療内容の記載が必要<br>【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(原本)<br>※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)<br>※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                               |  |                                              |
| 5 振込先口座<br>※申請者名義の<br>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 0 0                                                                                      |  |                                              |
|                                              | 口座名義(カタカナ)                                                     | ヒロシマ ケンチョウ                                                                                         |  |                                              |

※必ず提出し  
てください