

2026 年 6 月 1 日

(宛先) 舞鶴市長

申請者 住 所 〒625-0087 舞鶴市余部下 1167

氏 名 舞鶴 花子

(対象者との続柄 本人

電話番号 090-9999-9999

未成年の場合は
親権者が申請者
となります。

舞鶴市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり

1 申請内容

区分	ウィッグ等	乳房補整具	
種類	☒ ウィッグ ☐ 毛付き帽子	☐ 人工乳房	☒ 補正下着
購入日	2026 年 5 月 10 日	購入日は 2026 年 4 月 1 日 以降の物が対象です。	2026 年 5 月 22 日
購入額(ア)	80,000 円		25,000 円
(ア)の 2 分の 1 の 額(イ)	40,000 円 ※ 1 円未満切捨て	円 ※ 1 円未満切捨て	12,500 円 ※ 1 円未満切捨て
上限額(ウ)	30,000 円	30,000 円	10,000 円
申請額 ((イ)又は(ウ)のいず れか少ない額)	30,000 円	円	10,000 円
申請額合計	40,000 円		

2 対象者

フリガナ 氏 名	マイヅル ハナコ 舞鶴 花子	生年月日	1980 年 5 月 10 日
住所	☒ 申請者と同じ。	電話番号	☒ 申請者と同じ。

3 振込口座(次の口座に振込みを依頼します。)

フリガナ 口座名義人	マイヅル ハナコ 舞鶴 花子		
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・信用金庫・協同組合		
	本店・支店		
	種 別	☐ 当座 ☐ 普通	番 号
ゆうちょ銀行	記 号	14400	番 号 12345678

※ 申請者本人以外の口座には振込できません。

4 確認事項

- ☒ 申請者本人が、申請書に記入した内容(住所、生年月日、電話番号等)を確認し、正しいことを確認しています。
☒ 申請者本人が、申請書に記入した内容(住所、生年月日、電話番号等)を確認し、正しいことを確認しています。

申請者本人での
署名をお願いします。

署名 舞鶴 花子

5 添付書類

- (1) がん治療に伴う脱毛若しくは乳房の切除があったこと又はそれらが見込まれることが確認できる書類の写し
(2) 補整具の購入に係る領収書及びその明細書(宛名、購入日、購入金額、購入品目及び個数の明細、金額の内訳並びに領収書発行者の名称の記載があるものに限る。)
(3) その他市長が必要と認める書類