

様式第 1 号（第 6 条関係）

常滑市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

常滑市長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

※対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。

常滑市がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり常滑市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により申請します。

記

1 対象者等

対象者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ				
	住 所	〒 ☐ 申請者と同じ				
がんの治療状況		医療機関名				
		疾患名				
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）			
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）、手指等の欠損を証明する書類		・診療明細書 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。				
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ		
	他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び 本人との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）		
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）		
	補助対象額	④（①の 1/2 又は 30,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑤（②の 1/2 又は 30,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑥（③の 1/2 又は 30,000 円のいずれか少ない方の額） 円		
交付申請額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください。）					円	
（常滑市記載欄） 助成決定金額 ※10 円未満切り捨て					円	

2 補助金の振込先

金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫・組合 農 協 店
口 座 種 別	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
フリガナ	
口 座 名 義 人	

3 同意事項

同意事項	次の項目を確認し、同意する場合は、申請者がその氏名を自署してください。 補助金の支給要件の該当性を審査するため、市が必要な住民基本台帳等の公簿の確認を行うことに同意します。 申請者氏名（自署）_____
------	--

（添付書類）

- がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療による外見変貌を証明する書類の写し
 - 医療用ウィッグの場合 補助対象者の氏名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの
 - 乳房補整具の場合 補助対象者の氏名、乳房切除術及び医療機関名が記載されているもの
 - エビテーゼ（人工乳房を除く。）の場合 補助対象者の氏名、欠損した部位の治療内容又は切除術及び医療機関名が記載されているもの
- 補整具の購入に係る領収書（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載されているもの。）
- その他市長が必要と認める書類