

様式第 1 号（第 5 条関係）

大洲市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大洲市長 様

大洲市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号		
	住所	〒		助成対象者との続柄	
助成対象者	☐ 申請者と同じ ※ 助成対象者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。 ※ 助成対象者本人以外（法定代理人を除く。）が申請する場合は、委任状が必要です。				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号		
	住所	〒			
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ		(2) 乳房補整具	
	物品の種類 (該当に☑)	☐ ウィッグ ☐ 毛付き帽子 ☐ ウィッグ装着用ネット ☐ 医療用帽子		☐ 補整下着 ☐ 補整パッド ☐ 人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	円 (税込)		円 (税込)	
	購入費用 × 1 / 2 (千円未満切捨て)	ア 円		エ 円	
	助成限度額	イ 30,000円		オ 30,000円	
	基準額	《ア又はイのいずれか低い額》		《エ又はオのいずれか低い額》	
ウ 円		カ 円			
助成申請額		円 (※ウとカの合計)			
確認事項		☐ 私は、下記の事項を確認の上同意します。 ・ 助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。 ・ 市が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し疾病、治療内容等について調査することに同意します。			

添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	☐ アピアランスケア用品を購入した日付、金額等を証する書類			
	☐ ウィッグを購入した方は、副作用により脱毛が生じるがんの治療（抗がん剤治療、放射線治療等）を受けたことを証する書類			
	☐ 乳房補整具を購入した方は、手術により乳房を切除するがんの治療を受けたことを証する書類			
	☐ その他市長が必要と認める書類			
振込金融機関	銀行 金庫 農協		口座番号	
	支店 支所		フリガナ	
	種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座名義人	