

第1号様式(第5条関係)

蒲郡市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金申請書兼請求書

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者 住所

氏名 (自署)

補助対象者との続柄 ( )

電話番号 ( )

蒲郡市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、以下のとおり申請及び請求します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 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、外科的治療等による乳房の変形又は外科的治療等による顔面(眼、耳等)や手指等の欠損を証明する書類		・お薬手帳      ・治療方針計画書      ・医療行為同意書 ・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
	補整具について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
	領収書の名前及び対象者との続柄	(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2万円のいずれか少ない方の額) 円	⑤ (②の1/2又は2万円のいずれか少ない方の額) 円	⑥ (③の1/2又は2万円のいずれか少ない方の額) 円
補助金交付申請額(④から⑥までの合計額) ※千円未満切捨て			円	

対象者の氏名、生年月日、住所の確認のため、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

過去に県内の市町村から同種の補整具について助成を受けていません。

領収書原本の返還を希望します。

(蒲郡市記載欄) 交付決定額	円
-------------------	---

振 込 先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通	・当座	口座番号
	口座名義人フリガナ			

※ 振込先口座は、申請者の口座としてください。

※ 補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※ 補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

（添付書類）

- 1 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、外科的治療等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類の写し（医療用ウィッグの場合、対象者氏名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、対象者氏名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。エピテーゼの場合、対象者氏名・がん治療に伴う外科的治療・医療機関名が記載されているもの。）
- 2 補整具の購入に係る領収書（原本）（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があるもの。）
- 3 住民票の写し（申請の日以前3か月以内に発行されたものであり、マイナンバーの記載のないもの。ただし、住民基本台帳の閲覧について本人同意があり、確認が可能な場合は省略できるものとする。）