

# 記載例

年 月 日

甲斐市長 様

甲斐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

甲斐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5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり補整具購入費用の助成を申請します。

助成対象者	ふりがな	かい たろう		生年月日	
	氏名	甲斐 太郎		S25年1月1日	
	住所	〒400-0075 甲斐市篠原2610		電話 055(278)1694	
申請者	区分	該当する項目のチェック欄に☑をつけてください。 ☑ 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） ☐ 次の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下の項目に記入が必要）			
	ふりがな	申請者	助成対象者との続柄	生年月日	
	日	申請者が助成対象者と異なる場合は、申請者欄を記入。助成対象者が未成年の場合は、法定代理人（一般的には父・母）		年 月 日	
	住			電話 ( )	
今回の補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。			はい <u>いいえ</u> ※「はい」の場合、本助成を受けることができません		
助成対象補整具の種類 (申請する補整具のチェック欄に☑をつけてください。)			購入金額	購入日	
<input checked="" type="checkbox"/>	ウィッグ（部分用や頭皮保護用のネットを含む。）及び帽子（毛付きのものを含む。）		25,000円 (税込)	R5年10月10日	
<input type="checkbox"/>	乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）	左・右・両方 (いずれかに○)	円 (税込)	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	人工乳房・乳頭（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。）	左・右・両方 (いずれかに○)	助成申請額は未記入でお願いします。		
助成申請額	円（購入額または助成限度額の合計） (※補整具ごとの助成限度額 ウィッグ及び帽子：2万円 補整下着：2万円 人工乳房・乳頭：10万円)				
同意事項	※各項目のチェック欄に☑をつけてください。 ☑ 市から必要に応じて関係機関に治療内容 ☑ 市が市税の納付状況を照会することに同意 ☑ 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供することに同意します。 同意事項は全ての同意が必要です。				
振込先	金融機関名	●●銀行		本支店名	●●支店
	預金種別	普通・当座		口座番号	●●●●●●
	フリガナ	かい たろう		振込先は助成対象者になります。助成対象者が未成年の場合は、法定代理人（一般的には父・母）になります。	
口座名義	甲斐 太郎				
添付書類 (必須)	● がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳 ● 領収書の写し（氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。）				

市記入欄	助成決定額	円	記入はしないでください。
------	-------	---	--------------