

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			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒		電話 ()
申請者	区 分	該当する項目のチェック欄 (□) にレを記入してください。 □ 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		助成対象者との続柄	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒		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・いいえ ※「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 (□) にレを記入してください。)				購入金額
□ 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。)				円 (税込)
□ 乳房用の補整下着(下着とともに使用するパッドを含む。)				円 (税込)
□ 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。)				円 (税込)
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
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 (□) にレを記入してください。 □ 市から必要に応じて関係機関に治療内容及び購入内容等を照会することに同意します。 □ 市が市税の納付状況を照会することに同意します。 □ 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。			
振 込 先	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
※振込先は、助成対象者(その者が未成年の場合にあつては、その法定代理人)名義の口座に限る。				
添付書類 (必須)	● がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書などの写し(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を証明する書類に限る。) ● 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