

様式第1号 (第5条関係)

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

南あわじ市長 様

補助対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記入）

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市から医療機関に治療内容を照会し、及び購入先に購入内容を照会すること。
- 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。
- 市が助成の適否を判断するため、市が保有する申請者及びその世帯の市民税に関する情報を閲覧すること。

補助対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	〒 _____ 電話 () _____ E-mail: _____		
申請者※	ふりがな			補助対象者との関係
	氏 名			
	住 所	〒 _____ 電話 () _____ E-mail: _____		
過去の補助実	過去に他の地方公共団体からがん治療に伴う医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む。）購入経費の補助を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ (はいの場合 地方公共団体名: _____)
	過去に他の地方公共団体からがん治療に伴う乳房補正具（補正下着（下着とともに使用するパッドを含む。）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。））購入経費の補助を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ (はいの場合 地方公共団体名: _____)
補助対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む。）	乳房補正具（補正下着又は人工乳房のいずれか）	
	購入日	年 月 日	補正下着 （下着とともに使用するパッドを含む。）	人工乳房
	購入費用	ア _____ 円（税込）	エ _____ 円（税込）	キ _____ 円（税込）
	補助限度額	イ 50,000円	オ 10,000円	ク 50,000円
	補助対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 _____ 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 _____ 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 _____ 円
補助申請額		円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。）		
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください。)		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書などの写し <input type="checkbox"/> 領収書の写し（購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 振込先の金融機関の通帳名義及び口座番号が確認できるものの写し		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	預金種別	通普	口座名義人（カタカナ） ※請求者本人と同一人物であること。	
	口座番号			

※ 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

※（市役所使用欄）以下の欄は記入しないでください。

申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			