

★対象者本人が申請することが原則です。（ただし、対象者が未成年の場合等、申請者と対象者が必ずしも同一とは限らない。）

（表）
アピランスケア助成金交付申請書兼請求書

令和●年●月△日

住所 東御市●●番地○○

申請者 氏名 東御 花子 （続柄 本人）

アピランスケアに係る補整具の購入に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項も必ず確認してください。

対象者	フリガナ 氏 名	トウミ ハナコ 東御 花子		生 年 月 日 ○年○月○日（○○歳）	
	住 所	〒○○○-▲▲◇◇ 東御市●●番地○○ 電話番号 ○○○-▲▲△△-◇◇○○●			
がんの 治療状況（実績）	医療機関名 及び診療科	●●病院			
	主治医名	●● ◇◇			
	治療方法	☒ 手術 ☐ 薬物治療 ☐ 放射線治療 ☐ その他（ ）			
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類		☒ 診断書 ☐ 診療（入院）計画書 ☐ 診療説明書 ☐ その他（ ）			
助成対象経費	補整具の 区分	頭髮補整具		右房	
	補整具の内容 及び 購入年月日 （領収書の日付） ※複数ある場合は それぞれ記載	ウィッグ 令和●年□月◇日購入 毛付き帽子 令和●年△月◇日購入			
	領収書の名前及び 本人との続柄	（続柄 本人）		（続柄 ） （続柄 ） （続柄 ）	
	購入費用計 （税込）	① 45,000円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額	② 22,500円 （①の1/2の額、 1,000円未満切捨て）	⑤ 円 （④の1/2の額、 1,000円未満切捨て）	⑧ 円 （⑦の1/2の額、1,000 円未満切捨て）	⑪ 円 （⑩の1/2の額、 1,000円未満切捨て）
	助成対象額	③ 20,000円 （②又は20,000円の どちらか少ない方の額）	⑥ 円 （⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額）	⑨ 円 （⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額）	⑫ 円 （⑪又は20,000円の どちらか少ない方の額）
	助成金交付申請金額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）			20,000 円	
振込先 指定口座 （申請者の名義）	ふりがな	とうみ はなこ			
	口座名義	東御 花子			
金融機関名		○○銀行		店舗名	◇◇支店
				口座番号	1 2 3 4 5 6 7

計算例：45,000円×1/2＝22,500円
1,000円未満切り捨ての為、22,000円
※助成は各区分1回限りです。
購入費用計が40,000円に満たない場合、
他に購入予定がないかご確認いただき、あればその分も踏まえた上で申請してください。

★振込先口座は申請者名義が原則です。
申請者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任状を記入してください。（※対象者が未成年で申請者が親の場合委任状は不用です。）

助成金額は、購入費用の1/2の額ですが上限2万円です。

(裏)

確認事項（以下の確認事項に同意のうえ申請がある場合）

- 1 過去に県内の他市町村から今回の申請区分での補正具を購入したことがありません。
はい ・ いいえ
- 2 今回申請する補正具は、他の都道府県又は市町村から助成を受けていません。
はい ・ いいえ
- 3 虚偽の申告等を理由に市から助成金の返還を請求されても、異議を申し立てません。
はい ・ いいえ
- 4 補正具を購入した日の属する年度の4月1日から2月末日までに申請書を提出することが困難であった理由は以下の通りです。（該当する場合のみ記載。補正具を購入した日が3月1日から同月31日までの場合は記載不要。）

必ずご記入ください。

「いいえ」にチェックがある場合、助成は受けられません。

（記載例：治療が年度末となり、申請が間に合わなかったため 等）