様式第１号（第５条関係）

（表）

東御市がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

東御市長

住所

　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　 　　　　　　　 　　　（続柄　　　　）

アピア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 |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  | 　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　－　　　　－ |
| がんの治療状況（実績） | 医療機関名及び診療科 |  |
| 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 | 頭髪補整具 | 乳房補整具 | その他 |
| 右房用 | 左房用 |
| 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 |  |  |  |  |
| 領収書の名前及び本人との続柄 | 　　　　　　　　　　（続柄　　　　） | （続柄　　　　） | （続柄　　　　） | 　　　　　　　（続柄　　　　） |
| 購入費用計（税込） | 　①　　　　　　円 | 　④　　　　　円 | 　⑦　　　　　円 | 　⑩　　　　　　円 |
| 購入費用計の１／２の額 | 　②　　　　　　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　　　　　　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。） | **円**  |
| 振込先指定口座（申請者の名義） | ふりがな |  |
| 口座名義 |  |
| 金融機関名 |  | 店舗名 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
|  | 助成決定金額※この欄は、市（町村）で使用します。 | 円 |

（裏）

|  |
| --- |
| 確認事項（以下の確認事項に同意のうえ申請があったものとみなします） |
| １　過去に県内の他市町村から今回の申請区分での助成は受けていません。 |
| 　　はい　・　いいえ |
| ２　今回申請する補整具は、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　補整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。補整具を購入した日が３月１日から同月31日までの場合は記載不要。） |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （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） |