

（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	頭髮補整具	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を受けていません。
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）