

様式第1号（第5条関係）

御坊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兼請求書

年 月 日

御坊市長 様

御坊市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。なお、申請するに当たり、市が保有する対象者の住民票を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -	御坊市	電話番号
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 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は記入不要です。）。 <input type="checkbox"/> 下記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してください。）。 ※ 対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。 委任者 氏名：		
	フリガナ		対象者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ	電話番号
補整具の種類 (助成上限額)	ウィッグ (20,000円)	乳房補整下着 (10,000円)	人工乳房・人工乳頭 (片側につき20,000円)	
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
購入費用 (税込み)	円	円	右 円 左 円	
助成金上限額又は 購入費用の半額の低い方 (千円未満は切り捨て)	① 円	② 円	③ 右 円 ④ 左 円	
助成金交付請求額 (①②③④の合計)			円	
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	フリガナ		預金種別	普通・当座
	口座名義 (助成対象者)		口座番号	

【添付書類】

- 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
- 助成対象となる医療用補整具の購入日、品目及び金額の内訳がわかる領収書（原本）
- 助成金の振込先金融機関の通帳等の写し

※ 担当者記入欄

金額確認	口座確認	代理人確認