

記載例

様式第1 (第6条関係)

犬山市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

令和4年6月20日

犬山

対象者本人の申請が原則ですが、代理で申請する場合は委任状が必要です。

申請者 住所 犬山市大字前原字橋爪山 15 番地2

氏名 犬山 さくら

補助対象者との関係 (本人)

日中、つながりやすい電話番号を記入してください。

電話番号 (63-3800)

犬山市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金の交付を受けたいので、犬山市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

また、補助金の交付が決定した場合は、次のとおり補助金の交付を請求します。

補助対象者	ふりがな		生年月日	53年6月26日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名	〇〇〇〇病院	
		疾患名	乳がん	
		治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 その他 ()	
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		<input checked="" type="checkbox"/> 調剤明細書 <input type="checkbox"/> 調剤情報提供書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> 医療行為同意書 <input type="checkbox"/> その他 () ※いずれかの写しを添付してください (裏面参照)。		
補助対象経費等	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	購入年月日 (領収書を添付)	令和4年5月16日	令和4年6月10日	
	領収書の名前及び本人との関係	犬山 さくら (関係 本人)	犬山 さくら (関係 本人)	
	購入費用	① 38,500円 (税込)	② 55,000円 (税込)	
	補助金額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1,000円未満切り捨て 19,000円	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1,000円未満切り捨て 20,000円	
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			39,000円	
<input checked="" type="checkbox"/> 対象者の氏名、生年月日、住所の確認のため、住民登録の閲覧に同意します。				
過去に県内市町村から同種の補整具について		(犬山市記載欄)		円
<input checked="" type="checkbox"/> 補助を受けていない <input type="checkbox"/> 補助を受けた		交付決定額		
<input type="checkbox"/> 領収書原本の返還を希望します。		<input checked="" type="checkbox"/> 領収書原本の返還が必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
振込先	金融機関名	〇〇銀行	本・支店名	犬山 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	申請者名義の振込口座を記入してください。	
	口座名義人 (フリガナ)	犬山 さくら (イヌヤマ サクラ)		