

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

年 月 日

犬山市長

申請者 住所
氏名
補助対象者との関係 ()
電話番号 ()

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	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・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		・調剤明細書 ・薬剤情報提供書 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・医療行為同意書 ・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	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書を添付)	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との関係	(関係)	(関係)	
	購入費用	① 円 (税込)	② 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 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 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。)			円	
<input 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)		
<input 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	円	
<input type="checkbox"/> 領収書原本の返還を希望します。				
振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 (フリガナ)		()	

- ※ 振込先口座は申請者の口座としてください。
- ※ 補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
- ※ 補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

（添付書類）

1. がん治療を受けていること及びがん治療にともない脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類の写し。
 - ・ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。
 - ・乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。
2. 補整具の購入に係る領収書（申請者または補助対象者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）