第１号様式（第５条関係）

韮崎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

（宛先）　韮崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

韮崎市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成金について、交付を決定したときは、次の振込先へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | ふりがな | | |  | | | | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 住　　所 | | | 韮崎市 | | | | | | | | |
| 同意  チェック欄 | | | | **□**　交付要件確認のため、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。  **□**　市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。  **□**　市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供することに同意します。 | | | | | | | | | |
| 今回の補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。 | | | | | | | | はい ・ いいえ  ※「はい」の場合、本助成を受けることができません。 | | | | | |
| 交付対象経費 | 助成対象補整具の種類（申請する補整具に☑　） | | | | | | | | | 購入金額 | | | 購入日 |
| **□** | ウィッグ（部分用ウィッグ及びヘアーエクステンション、頭皮保護用のネットを含む。）、帽子（毛付きのものを含む。） | | | | | | | | 円  （税込） | | | 年　　月　　日 |
| **□** | 乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。） | | | | | 左・右・両方  （いずれかに○） | | | 円  （税込） | | | 年　　月　　日 |
| **□** | | 人工乳房・乳頭（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。） | | | | 左・右・両方  （いずれかに○） | | | 円  （税込） | | | 年　　月　　日 |
| 請　求　額 | | | | 円  （購入額または助成限度額の合計） | | | | | | ＜参考＞  助成限度額 | | ウィッグ・帽子　：２万円  補整下着(左右各)：２万円  人工乳房(左右各)：10万円 | |
| 振込先 | | | | 金融機関名 | |  | | | 本支店名 | |  | | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | | | 口座番号 | |  | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | | |

添付書類　　**①がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等**（がん治療を受けたこと又は現に受けていること

及び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に限る。）

**②領収書の写し**（申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、数量の記載のあるもの。）

**③振込先の口座の通帳等の写し**（カナ名義及び口座番号が確認できるもの。）