

生駒市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

生駒市長

令和 年 月 日

生駒市がん患者の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、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

他の自治体が実施する補整具購入にかかる同等の助成を受けていません。

申請にあたっては生駒市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱の内容を遵守します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	〒		
申請者	<input type="checkbox"/> 助成対象者本人を申請者として申請します。(申請者欄の項目の記入は不要) <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の記入が <u>必要</u>) ※助成対象者が 18 歳未満の場合は保護者が申請者となります。			
	フリガナ		生年月日	
	氏名		電話番号	
	住所	〒		
助成対象経費	区分	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	補整具の種類	<input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input type="checkbox"/> 保護ネット	<input type="checkbox"/> 片房(左乳房・右乳房) <input type="checkbox"/> 両房 <input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 補整下着	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額の <u>2 分の 1</u> の額	ア 円(税込)	エ 円(税込)	
	助成限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	
	助成対象額	【アまたはイのうちいずれか低い額】 ウ 円	【エまたはオのうちいずれか低い額】 カ 円	
申請額(※ウ、カの合計金額(1,000 円未満は切り捨て)を記入してください。)				円

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協				支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号 (普通・当座)					口座名義人	カナ	
							氏名	

※振込先は申請者と同じにしてください

添付書類 (✓をつけ、添付も れがないかご確認 ください)	<input type="checkbox"/> 本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証(両面)、住民票の写しなど) ※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、 外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し) <input type="checkbox"/> 領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し(通帳、キャッシュカードの写し)
--	---

----- 以下、生駒市記載欄 -----

受付日	審査	項目	可否	備考	決定 年月日	□交付 □不交付	
		住所	□可 □否				
		治療	□可 □否				
		購入日	□可 □否				
		購入内容	□可 □否			助成 決定額	円
		振込先	□可 □否				
		助成歴	□可 □否				