

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

記入日を記載してください

令和6年4月5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。必ず✓してください

- 過去に生駒市及び他の自治体が発行する補整具購入にかかる同様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	イコマ タロウ	生年月日	1950年8月10日
	氏名	生駒 太郎	電話番号	090-1234-5678
	住所	〒630-0258 生駒市東新町1-3 セラビーハイツ102		
申請者	<input checked="" 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必要) ※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。			
	申請を委任する場合、緑の枠内もご記入ください			
	フリガナ		生年月日	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 checked="" type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input checked="" type="checkbox"/> 保護ネット	<input type="checkbox"/> 片房(左乳房・右乳房) <input checked="" type="checkbox"/> 両房 <input checked="" type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 補整下着	
	購入日	2024年4月1日	2024年4月1日	
	購入金額の2分の1の額	ア 40,000円(税込)	エ 15,000円(税込)	
	助成限度額	イ 20,000円	購入金額が80,000円の場合 20,000円	
	助成対象額	【アまたはイのうちいずれか低い額】 ウ 20,000円	【エまたはオのうちいずれか低い額】 カ 15,000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。)				35,000円

振込先	金融機関名	生駒 銀行 金庫 信用組合・農協	支店名	生駒 本店・支店 出張所
	口座番号 (普通)当座	0 1 2 3 4 5 6	口座名義人	カナ イコマ ハナコ 氏名 生駒 花子

※振込先は申請者と同一にしてください

<p>添付書類 (✓をつけ、添付もれがないかご確認ください)</p>	<p><input checked="" 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</p> <p><input checked="" 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)</p> <p><input checked="" 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)</p> <p><input checked="" 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)</p>
--	---

必ず✓してください

----- 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			助成 決定額	円
		購入内容	□可 □否				
		振込先	□可 □否				
		助成歴	□可 □否				