

岸和田市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

岸和田市長 様

岸和田市がん患者のためのアピアランスケア事業実施要綱第6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。

- ・過去に岸和田市及び他の自治体が実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- ・申請内容の審査にあたり、市が住民基本台帳の情報を確認すること、医療機関等に治療・購入を照会することに同意します。
- ・申請にあたっては岸和田市がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要綱の内容を遵守します。

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名			電話番号	
	※申請者は、助成対象者が未成年の場合は法定代理人となります。				
助成対象者	住 所	〒 ー			
	☐ 申請者と同じです（助成対象者欄の項目は記入不要）。 ☐ 上記の者を申請者として委任します（助成対象者欄の項目を記入してください）。				
	ふりがな			生年月日	年 月 日
対象補整具	氏 名			電話番号	
	住 所	〒 5 9 6 ー 岸和田市			
	区 分	☐ ウィッグ		☐ 乳房補整具（ 左 ・ 右 ）	
対象補整具	購入等を行った日	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	購入等に要した費用	(A) 円		(D) 円	
	助成限度額	(B) 2 0 , 0 0 0 円		(E) 各 2 0 , 0 0 0 円	
	助成対象額 ※1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額。	【(A)の1/2又は(B)のうちいずれか低い額】 (C) 円		【(D)の1/2又は(E)のうちいずれか低い額】 (F) 円	
	申請・請求額（ (C) と (F) の合計）		円		
添 付 書 類 ※確認のうえ、チェック欄にご記入ください。		☐ 申請者及び助成対象者の本人確認書類の写し ☐ がん治療による脱毛や乳房の変化であることが証明できる書類の写し ☐ 領収書等 ☐ 助成金の振込先口座情報がわかるものの写し			

※申請者名義でない口座に振り込む場合は下記に自署してください。
受領を下記の口座名義人に委任します。

申請者

振込先	金融機関	銀行 ・ 金庫 信用金庫 ・ 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		

----- 以下、市記入欄 -----

受付印	担当者	審査	住 所	☐ 可 ・ ☐ 非	決定年月日	(☐ 交付 ・ ☐ 不交付)
			治 療	☐ 可 ・ ☐ 非		令和 年 月 日
			購入品	☐ 可 ・ ☐ 非	助成対象経費	円
			助成歴	☐ 無 ・ ☐ 有	助成決定額	円
			振込先	☐ 可 ・ ☐ 非	指 令 番 号	
備 考						