

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

綾部市長

様

（申請者）

住 所

※助成対象者が未成年の場合は、保護者の氏名

氏 名

㊞

助成対象者との続柄

電話番号

綾部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

綾部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、下記のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、次のとおりです。（□にチェック☑をしてください。）

□本事業の実施に関して必要な住民基本台帳に記載された情報について、綾部市が閲覧・照会することに同意します。

□助成金の交付を申請する助成対象補整具について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他の地方公共団体の助成を受けていません。

記

助 成 対 象 者	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 (電話番号)		

助 成 対 象 経 費	区	分	ウ イ ッ グ 等	乳 房 補 整 具	
	補 整 具 の 種 類		ウ イ ッ グ 毛 付 き 帽 子	人 工 乳 房	補 整 下 着
	購 入 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
	台 数		台	台	台
	【 ア 】 購 入 額		円	円	円
	【イ】アの2分の1の金額 (1,000円未満切捨て)		円	円	円
	【 ウ 】 助 成 限 度 額		30,000円	30,000円	20,000円
	助 成 対 象 額 (【イ】又は【ウ】の いずれか少ない額)		円	円	円
	申 請 額 合 計	円			

【添付書類】

- ・ 本人確認書類（写し）（助成対象者が未成年の場合は、保護者の本人確認書類を含む。）
- ・ がんの治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書等の写し（がん治療に伴う脱毛、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を証明する書類）
- ・ 宛名、購入日、購入金額、購入品目及び個数等の明細書（原本）
- ・ 金額の内訳、領収書発行者の名称等の記載がある領収書及び明細書（原本）
- ・ その他市長が必要と認める書類