

様式第 1 (第 5 条関係)

(表)

高浜市がん患者アピアランスケア支援補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

(申請者)

住所

氏名

対象者との続柄 ( )

電話番号

次のとおり、高浜市がん患者アピアランスケア支援補助金の申請をいたします。

なお、申請にあたり、対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況	医療機関名				
	疾患名				
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ( )			
がん治療を過去に受け、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	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。				
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具		
	補整具の過去の補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び 対象者との続柄	(続柄 )		(続柄 )	
	購入費用 (税込)	① 円	② 円		
	補助金 交付申請額	③ (①の1/2 又は20,000 円のいずれか 少ない方の額) 円	④ (②の1/2 又は20,000 円のいずれか 少ない方の額) 円		
補助金交付申請額 (合計) (③と④の合計額を記入してください。)			円		
			(高浜市記載欄) 補助金交付決定額	円	

(裏)

(添付書類)

- 1 がん治療を過去に受け、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の写し  
(医療用ウィッグの場合、対象者名・脱毛原因の治療内容(抗がん剤名等)・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、対象者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。)
- 2 補整具の購入に係る領収書(原本)  
(購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。)
- 3 その他市長が必要と認める書類