

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兼請求書

年 月 日

（宛先）高浜市長

申請・請求者 住所  
氏名  
助成対象者との続柄（ ）  
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交付申請・請求をします。

なお、申請・請求にあたり、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・請求者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請・請求者と同じ		
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（ ）	
がん治療を受けた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又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類		・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	ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）
	補助対象額	④（①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	⑤（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	⑥（③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・請求額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください。）				円
（高浜市記載欄）補助金交付金額				円

《裏面に、振込先の口座情報をご記入ください。》

(裏)

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 店 出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

(添付書類)

1. がん治療を受けた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又は部位の欠損を証明する書類の写し（ウィッグの場合、ご本人名・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、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。エプテージェ（人工乳房を除く）の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・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（購入者のフルネーム、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