

# 【糸満市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書 記載例】

様式第1号（第5条関係）

糸満市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

R5年 10月 1日

糸満市長 様

申請者 住所 糸満市 潮崎町 1-1

氏名（自署）糸満 花子

交付対象者との続柄 （本人）

電話番号 098-0000-0000

代理申請の場合は委任状が必要です。

糸満市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に当たり助成金の交付が決定した場合は、助成決定金額を請求します。

なお本市が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税資料等の情報を確認することに同意します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、関係機関等に対し照会することを承諾します。

日中連絡の取りやすい電話番号を記入してください。

|                                        |                             |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                |                                    |                                    |
|----------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 交付対象者                                  | フリガナ                        | イトマン ハナコ                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                | 生年月日                               |                                    |
|                                        | 氏名                          | 糸満 花子                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                | T (S) H・R 43年 10月 1日               |                                    |
|                                        | 住所                          | 〒 901-0392<br>糸満市潮崎 1-1<br>電話番号 098-0000-0000                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                |                                    |                                    |
| がんの治療状況                                |                             | 医療機関名及び診療科                                                                                                                                                                                                             | 南部医療センター 外科                                                                                                                                    |                                    |                                    |
|                                        |                             | 主治医名                                                                                                                                                                                                                   | 〇〇 〇〇                                                                                                                                          |                                    |                                    |
|                                        |                             | 治療方法                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                    |                                    |
| がん治療を受けている又は受けたこと及びがん治療に伴う外見の変化を証明する書類 |                             | <input type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療（入院）計画書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳<br><input type="checkbox"/> 医療行為同意書 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                |                                    |                                    |
| 助成対象経費等                                | 補整具の区分                      | 頭髪補整具                                                                                                                                                                                                                  | 乳房補整具                                                                                                                                          |                                    | その他                                |
|                                        | 補整具の種類・内容<br>※複数ある場合はそれぞれ記載 | ウィッグ                                                                                                                                                                                                                   | 左房用<br>補整パッド<br>補整下着                                                                                                                           | 右房用                                |                                    |
|                                        | 購入年月日<br>（領収書の日付）           | R5年 4月 1日                                                                                                                                                                                                              | R5年 5月 20日                                                                                                                                     | 年 月 日                              | 年 月 日                              |
|                                        | 領収書の名前及び交付対象者との続柄           | 糸満花子<br>（続柄 本人）                                                                                                                                                                                                        | 糸満花子<br>（続柄 本人）                                                                                                                                | （続柄 ）                              | （続柄 ）                              |
|                                        | 購入費用計<br>（税込）               | ① 36,000 円                                                                                                                                                                                                             | ③ 8,162 円                                                                                                                                      | ⑤ 円                                | ⑦ 円                                |
|                                        | 助成対象額                       | ② 13,000 円<br>（①の1/2又は26,000円のどちらか少ない方の額）                                                                                                                                                                              | ④ 4,081 円<br>（③の1/2又は26,000円のどちらか少ない方の額）                                                                                                       | ⑥ 円<br>（⑤の1/2又は26,000円のどちらか少ない方の額） | ⑧ 円<br>（⑦の1/2又は26,000円のどちらか少ない方の額） |
| 助成金交付申請金額（※②、④、⑥、⑧の合計額を記入してください。）      |                             |                                                                                                                                                                                                                        | 17,081 円                                                                                                                                       |                                    |                                    |
| 振込先<br>申請者の名義                          | 金融機関名                       | 糸満銀行                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                | 本・支店名                              | 糸満 本店                              |
|                                        | 口座種別                        | 普通 当座                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                | 口座番号                               | 19940912                           |
|                                        | 口座名義人（フリガナ）                 |                                                                                                                                                                                                                        | 糸満 花子 （イトマン ハナコ）                                                                                                                               |                                    |                                    |

がん治療を証明する書類は写しを添付してください。

補助は頭髪補整具、乳房補整具左右、その他各1回限りです。複数購入した場合は、1回にまとめて合計額で申請してください。

交付対象者名義の振込口座を記入してください。  
口座名義人はフリガナまで記入してください。

1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額が振り込まれます。

添付書類は、写しで構いません。  
原本を提出いただいた際には返却は致しません。

- (1) がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- (2) 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、購入した助成対象補整具の品名等の記載のあるもの）
- (3) 申請者の振込先指定口座の名義名、口座種別、口座番号及び支店名がわかる預金通帳の写し
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

確認事項（以下の確認事項の該当するものに☑又は記載してください。）

- 1 過去に県内他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成は受けていません。 ☒ はい ☐ いいえ
- 2 今回申請する補整具は、他の都道府県や他の都道府県市町村から助成を受けていません。 ☒ はい ☐ いいえ
- 3 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は、以下のとおりです。（該当する場合のみ記載）

(記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等) 4

確認事項1及び2が『いいえ』の場合は、補助対象となりません。

この欄は記入不要です。

糸満市記載欄←

|               |         |
|---------------|---------|
| 助成金決定金額       | 申請受理年月日 |
| 決定年月日(承認・不承認) | 整理番号    |