

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

年 月 日

糸満市長

申請者 住所 糸満市

氏名（自署）

交付対象者との続柄（ ）

電 話 番 号

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。

交付対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			T・S・H・R 年 月 日	
	住 所	〒 電話番号			
がんの治療状況		医療機関名及び診療科			
		主治医名			
		治療方法	☐ 手術 ☐ 薬物治療 ☐ 放射線治療 ☐ 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		☐ 診断書 ☐ 診療（入院）計画書 ☐ 診療明細書 ☐ お薬手帳 ☐ 医療行為同意書 ☐ その他（ ）			
助成対象経費等	補整具の区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他
			左房用	右房用	
	補整具の種類・内容 ※複数ある場合はそれぞれ記載				
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び交付対象者との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）
	購入費用計（税込）	① 円	③ 円	⑤ 円	⑦ 円
助成対象額	② 円 （①又は 20,000 円のどちらか少ない方の額）	④ 円 （③又は 20,000 円のどちらか少ない方の額）	⑥ 円 （⑤又は 20,000 円のどちらか少ない方の額）	⑧ 円 （⑦又は 20,000 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。）			円		
振込先 申請者の名義	金融機関名			本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義人（フリガナ）				

(添付書類)

- (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（購入日（同日であれば、領収日も可）、品目、金額、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名等の記載があるもの。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。）
- (3) 申請者の振込先指定口座の名義人、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) 市税等の完納証明書
- (5) 現住所及び生年月日が確認できる書類（運転免許証の写し、マイナンバーの記載がない住民票の写し等）
- (6) 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）

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	