

(様式第1号) (第4関係)

須坂市がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

住所

申請者 氏名 (続柄)

須坂市がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱第4の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項も必ず確認してください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒		電話番号 — —	
がんの 治療状況 (実績)		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 ()		
がん治療を受けたこと又は現に 受けていることを証する書類		☐ 診断書 ☐ 診療 (入院) 計画書 ☐ 診療説明書 ☐ その他 ()			
助成対象経費	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他補整具
			左房用	右房用	
	補整具の内容 及び 購入年月日 (領収書の日付) ※複数ある場合は それぞれ記載				
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用計 (税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額	② 円 (①の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (④の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、1,000 円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、 1,000円未満切捨て)
	助成対象額	③ 円 (②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)	⑨ 円 (⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪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 (※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。)				円	
振込先 指定口座 (申請者の名義)	ふりがな				
	口座名義				
	金融機関名		店舗名		
	口座種別		口座番号		
		助成決定金額 ※この欄は、市で使用します。		円	

(添付書類)

- 須坂市内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類の写し
- がんの治療 (手術、薬物治療、放射線療法等) を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- 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、購入した補整具等の品名 (ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費 等) の記載のあるもの)
- 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳等の写し (通帳表紙裏の見開きのコピーなど)
- 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（以下の確認事項で該当するものに☑又は記載してください。）

- ☐ 過去に須坂市及び県内他の市町村から今回の申請する補整具の区分での助成を受けていません。
- ☐ 今回申請する補整具は、他の都道府県又は市町村から助成を受けていません。

申請日が購入日の属する年度の２月末を超過し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：がんの治療や症状の悪化により、申請が間に合わなかった 等）