

様式第 1 号

山鹿市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書

申請日： 年 月 日

(宛先) 山鹿市長

私は、山鹿市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要領第5の規定により、山鹿市がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	住 所	〒 電話番号（ ） 山鹿市										
対象者	☐ 申請者と同じ ☐ 代理申請の場合、申請者との続柄（ ）											
	フリガナ							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	住 所	〒 電話番号（ ） 山鹿市										
がんの 治療状況		医療機関名										
		主 治 医 名					治療方法	手術・化学・放射線 その他（ ）				
交付 対象 経費	対象区分	ウィッグ等						乳房補整具				
	購 入 日	令和 年 月 日						令和 年 月 日				
	購入費用	円（税込）						円（税込）				
交付申請額 購入費用×1/2、千円未満切捨		円						円				
交付申請合計額		円										
過去の受給状況		☐ 補助を受けたことがある場合 日付： 月 日 補助を受けた補整具： ウィッグ等 乳房補整具										
振 込 先 (申 請 者)		銀行・農協 信用金庫							本店・支店 出張所			
		種別	口座番号						口座名義人（カタカナ）			
		普通・当座										
※口座名義が対象者と異なる場合 上記、補助金の受領に関することを次の者に委任します。 委任者（対 象 者）氏名 受任者（口座名義人）住所 氏名												

様式第1号（裏面）

（誓約・同意事項） ☐ にチェック（☒）を記入してください。

- ☐ これまでに本事業及び県内他市町村から、同種のウィッグ等及び補整具に係る補助等を受けたことはありません。
- ☐ （補助対象者が18歳未満の場合）申請者は法定代理人に該当します。
- ☐ 申請にあたっては山鹿市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要領の内容を遵守します。
- ☐ この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、市税等の滞納の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。

（添付書類） 受付者確認欄

受付担当者名：

- ☐ 申請者（対象者と異なる場合はいずれも）の本人確認書類
- ☐ がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など、がん治療（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（ウィッグ等の場合、患者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの。補整具の場合、患者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
- ☐ ウィッグ等及び補整具の購入に係る領収書及びその明細書（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。）
- ☐ 市税等の未納がない旨の証明書
- ☐ 委任状（対象者と申請者が異なる場合）※対象者が18歳未満の場合を除く。
- ☐ （※対象者が18歳未満の場合）子どもと保護者の続柄が確認できる書類（続柄が入った住民票等）