

## 様式第1 (第5条関係)

## 知立市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金申請書

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

知立市長様

申請者 住所 知立市桜木町桜木11番地2

氏名 (自署) 知立 太郎

助成対象者との続柄 ( 夫 )

電話番号 ( 0566 - 82 - 8211 )

知立市アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第5条第1項の規定により、以下の通り補助金を申請します。なお、申請にあたり、補助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	ちりゅう はなこ	
	氏名	知立 花子 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 昭和30年10月28日
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
がんの治療状況	医療機関名	○△□病院	
	疾患名	○△□がん	
	治療方法	手術・放射線・ <b>薬剤</b> 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を証明する書類 (1つ以上)	・診療明細書 ・お薬手帳 ・ <b>治療方針計画書</b> ・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
	補整具について他からの助成の有無 (愛知県内に限る)	<b>無</b> ・ 有	<b>無</b> ・ 有
	購入年月日 (領収書の日付)	令和 ○ 年 △ 月 □ 日	令和 ○ 年 △ 月 □ 日
	領収書の名前及び本人との続柄	知立 花子 (続柄 本人 )	知立 太郎 (続柄 夫 )
	購入費用	① 42,123 円 (税込)	② 18,200 円 (税込)
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 20,000 円	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 9,000 円
※補助対象額は1000円未満は切り捨て		合計額を記入してください。 29,000 円	
		(職員記載欄) 助成決定金額	円

裏面も記入してください

※補整具について他から助成の有無（愛知県に限る）を「有」にした人のみ記入してください。

過去にこの補助金を受けたことがありますか。

ない ・ ある →過去（ ）回受けた。令和（ ）年（ ）月頃  
補助金を受けた自治体は（ ）市町村・その他（ ）

（必要書類）

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・乳房切除術の実施・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（原本）（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. 申請者・対象者の身分証明書の写し（マイナンバーの記載のないもの）
4. 委任状（補助対象者と申請者が異なる場合※未成年者は除く）