

豊中市がん患者のためのアピアランスケア 助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊中市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 (助成対象者が未成年の場合は、親権者の氏名をご記入ください)
 助成対象者との続柄 本人・() _____
 電話・携帯 () _____

豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入等に要する経費の助成を申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|----------|---|--|
| 助成対象者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | (歳) |
| | 氏名 | | 電話番号 | | |
| | 住所 | 〒 | 豊中市 | | |
| 過去の実績 | 過去に豊中市からがん治療に伴うウィッグ（毛付き帽子、帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む）購入等に要する経費の補助を受けたことがありますか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいの場合は申請できません) |
| | 過去に豊中市からがん治療に伴う乳房補整具（補整下着（下着とともに使用するパッド含む）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く））購入等に要する経費の補助を受けたことがありますか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいの場合 申請時期と部位の記入) |
| 購入等を行った補整具 | 区分 | (1)ウィッグ | | (2)乳房補整具 | |
| | 補整具の種類 | (A) <input type="checkbox"/> ウィッグ | | (C) <input type="checkbox"/> 補整下着（下着とともに使用するパッドを含む） | |
| | | (B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子・帽子 | | (D) <input type="checkbox"/> 人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く） | |
| | 購入等を行った日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | 購入等に要する費用 | ※郵送料やポイント割引は除いてください | | (補整下着および人工乳房の金額) | |
| | | ア | 円(税込) | エ | 円(税込) |
| | 補助限度額 | イ | 20,000 円 | オ | 各 20,000 (左・右) 円 |
| 補助対象額 | ウ | 円 | カ | 円 | |
| 補助申請額 | | | 円 | (*ウとカの合計を記入してください) | |
| 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> | がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた又は現に受けていること、及びウィッグは抗がん剤等の治療がわかる書類、乳房補整具は、外科的治療等による乳房摘出術と部位を証明する書類。写し可） | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 補整具購入等にかかる領収書（申請者名又は助成対象者名、購入等を行った日、購入等品目、購入等金額、領収書発行元を証明する書類）。写し可。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 申請者もしくは助成対象者名義の、助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 委任状（助成対象者と申請者が違う場合。助成対象者が未成年の場合は不要） | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 組合・農協 | | 支店名 | 本店・支店出張所 |
| | 口座番号 | 普通・当座 | 口座名義人 | カナ 氏名 | |
| | | | | | 受付日 |

様式第2号

第 年 月 日
第 年 月 日

様

豊中市長

印

豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付決定通知書

年 月 日付にて申込みのあった豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金について、下記のとおり決定しましたので、豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により通知します。

記

豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金を交付します。

交付決定額 金 円

振込予定日 年 月 日

第 年 月 日
第 年 月 日

様

豊中市長

印

豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金不交付決定通知書

年 月 日付にて申込みのあった豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金について、下記のとおり決定しましたので、豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により通知します。

記

- 豊中市がん患者のためのアピアランスケア助成金を交付しません。
不交付の理由（ ）