

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

（表）

香取市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

香取市長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

（助成対象者との続柄）

助成対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。

香取市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、香取市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次の事項について確認及び同意の上、必要書類を添えて申請し、及び請求します。

- ・過去に他の自治体において医療用補整具等の購入等に係る同様の助成を受けていません。
- ・申請に係る助成対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・助成の交付に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、市が調査することに同意します。
- ・市から医療機関に治療内容及び購入又はレンタル先に契約内容を照会することに同意します。

太枠部分は申請者と同じ場合は記載不要

助成対象者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	香取市	
	連絡先	日中連絡の取れる電話番号： ()	

助成対象経費	区分	医療用ウィッグ又は医療用帽子	胸部補整具又はエピテーゼ
	購入等年月日	年 月 日	年 月 日
	購入等合計額	ア 円（税込）	エ 円（税込）
	助成上限額	イ 円	オ 円
	助成金額	【ア又はイのいずれか低い額】 ウ 円	【エ又はオのいずれか低い額】 カ 円
申請（請求）額		円（※ウ＋カの額を記入してください。）	

(裏)

振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協					本店 支店					
		種 目	普通（総合）・当座	口座番号								
	口 座 名 義 人	フリガナ										
		氏 名										
添 付 書 類	☐ 本人であることを証明する書類 ☐ がんの治療を現に受けていること又は過去に受けたことが確認できる書類（医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書の写し）※抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等により部位の変形又は欠損が分かる書類 ☐ 助成対象経費に係る領収書（助成対象経費の支払額が確認できる書類）及びその明細が確認できる書類の原本（宛名、日付、金額、品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの） ☐ 医療用ウィッグ等のレンタルに係る契約が確認できる書類（医療用ウィッグ等をレンタルした場合に限る。） ☐ 助成金の振込先が分かるものの写し ☐ その他市長が必要と認める書類											