

別記

様式第1号(第5条第1項)

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

草津市長

宛

_____年 ____月 ____日

草津市がん患者の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、下記のとおり申請します。また、本申請のために、健康増進課長が助成対象者の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。

申請者

住所 〒 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____年 ____月 ____日 (満 ____歳)

電話番号 (_____) _____

助成対象費用		医療用等ウィッグ本体、または帽子		乳房補整具	
助成対象者	(フリガナ)				
	氏名				
	生年月日	____年 ____月 ____日	電話番号	(_____)	_____
	住所	〒525-00 草津市			
がんの 治療状況	医療機関名				
	診療科		主治医氏名		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他(_____)			
治療時期 ※注1)	治療開始	____年 ____月 から	治療終了	____年 ____月 まで	
がん治療を受けていることを証する書類		お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・その他(_____)			
補整具が必要な理由		がん治療による(脱毛・乳房の補整)のため			
他の公的助成金の受給の有無		有 ・ 無			
購入した 補整具	補整具の購入価額 (総額)	_____ 円			
	購入年月日 ※注2)	____年 ____月 ____日			
振込先	金融機関名	銀行・信金・信組・農協			
	本・支店名	本店・(_____)支店・出張所・代理店			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				

※注1) 治療開始・終了時期どちらかを記載すること

※注2) 補整具の購入年月日を記入する際、申請する補整具が複数ある場合は購入日時が一番古いものを記入すること

【市使用欄】 届出する人 (下記顔写真付きのものは1つ・それ以外は2つ提示が必要)

本人確認 免許証・個力・保険証・旅券・身障・シルバーほっと・他(_____) 代理人確認 (1)委任状 (2)免許証・個力・保険証・他(_____)

代理権確認 成年後見人・成年後見人登記証明書 / 任意代理人:(1)委任状 (2)助成対象者の身元確認書類(免許証・個力・保険証・他(_____))

申請金額の算定	補整具の購入価額(総額)	アの1/2の額	助成単価上限額またはイのいずれか低い額	助成金申請金額(ウ)
(上限10,000円)	ア _____ 円	イ _____ 円	ウ _____ 円	_____ 円

受付者: