

郵送での申請に必要な書類

- ①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
- ②本人確認書類（顔写真つきの物は1点、顔写真の無い物は2点）のコピー
- ③振込先口座（本人名義）のコピー
- ④領収書（コピーも可）
- ⑤がん治療を受けたことを証明する書類（コピーも可）

*申請者、口座名義人、領収書の宛名は助成対象者と同じですか？

異なる場合は、委任状と委任を受けた人の確認書類のコピーが必要です。

委任状が必要な場合は、草津市ホームページからダウンロードいただくか、健康増進課までご連絡ください。

*必ず申請者欄に押印ください。

*修正の際は二重線で消して訂正印を押印ください（修正テープ不可です）。

*購入価額欄に修正があると申請不可となり、再度「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」の記入が必要となります。

＜内容をよくご確認ください、間違いのないようご記入ください＞

— ご不明な点がございましたら、健康増進課までご連絡ください —

留意事項

別記

様式第1号(第6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	〒525-00 草津市		
氏名	氏 名		
生年月日	年	月	日 (満 歳)
電話番号	()	-	

枠外に捨印を押印ください

捨印

購入価額の前に「¥」は
つけないでください

インターネットで
補整具を購入された場合
送料やポイント等は
助成の対象外です

助成対象費用	ウィッグ(帽子を含む) ・ 乳房補整具またはエビテーゼ			
助成対象者	(フリガナ)			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住 所	〒525-00 草津市	電話番号	() -
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()		
	治療開始	年	月	日
	治療終了	年	月	日
証明する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ その他()			
補整具の購入状況	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