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　　㊞

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・個カ・資格確認書・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・個カ・資格確認書・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)助成対象者の本人確認書類（免許証・個カ・資格確認書・他（　　）））				
□過去の申請状況　初回 ／ 2回目（前回が①医療用等ウィッグ本体、または帽子 ・ ②乳房補整具）				
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：