

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本人確認書類のコピー
- ③領収書（コピーも可）
- ④がん治療を受けていることを証する書類（コピーも可）
- ⑤振込口座（本人名義）のコピー

*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、委任状とそれぞれの本人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。（枠外に捨印を押印ください。）

*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確認することを承諾します。

申請者

住所	〒 -		
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

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()			
	治療開始	年	月	から	治療終了 年
がん治療を受けていることを証する書類	必要な理由	がん治療による(脱毛・乳房の補整)のため			
	有無	有・無			
	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

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
補装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