

（宛先）向日市長

向日市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

向日市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意の上、申請します。（□にチェック☑をしてください。）

□申請する補整具について過去に向日市及び他の自治体を実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。

□申請にかかる対象経費について、医療保険各法による給付、並びに国又は地方公共団体の助成対象ではありません。

□この事業に関し、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
	電 話 番 号	() -		
申請者	区 分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下の項目の記入が 必要 ） ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。		
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
	電 話 番 号	() -	対象者との関係	
助成対象補整具と金額	補 整 具	ウイッグ等	乳房補整具（③又は④のいずれか）	
	種 類	① ウイッグ ② 毛付き帽子	③ 補整下着	④ 人工乳房
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用（ア）	円	円	円
	アの1/2の額 （イ）	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て
	上限額（ウ）	30,000円	20,000円	50,000円
	申 請 額 （イ又はウのいずれか 少ない額）	円	円	円
申請額合計	円			

振込先口座（申請者の名義で記載してください。）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
口座名義	(フリガナ)							

- 【添付書類】
- がん治療に関する医師の診断書、説明書、治療方針計画書等の写し
（がん治療に伴う脱毛や乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し）
 - 補整具の購入に係る領収書及びその明細書
（宛名、購入日、購入金額、購入品目、個数等の明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）
 - 振込先金融機関口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）の写し