

年 月 日

中央市長 様

申請者 住 所  
氏 名 (印)  
助成対象者との続柄 ( )

中央市がん患者アピアランスケア用品購入助成金交付申請書兼請求書

中央市がん患者アピアランスケア用品購入助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

1 助成金交付申請(請求)

助成対象者	ふりがな					生年月日
	氏名					年 月 日( 歳)
	住所	〒 中央市				電話 ( )
がん治療の状況又は実績	医療機関名等					
	主治医名					
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他( )				
補整具区分	ウィッグ 又は帽子	乳房用の補整下着		人工乳房・乳頭		
		左・右 (該当するものに○)	両方	左・右 (該当するものに○)	両方	
購入年月日 (領収書の日付)						
領収書の記載氏名 助成対象者との続柄	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	
購入金額 (税込)	① 円	② 円	③ 円	④ 円	⑤ 円	
助成対象額	(①又は2万円のいずれか少ない方の額) 円	(②又は2万円のいずれか少ない方の額) 円	(③又は4万円のいずれか少ない方の額) 円	(④又は10万円のいずれか少ない方の額) 円	(⑤又は20万円のいずれか少ない方の額) 円	
助成金交付申請(請求)金額 ※上記、助成対象額の合計額を記入				円		

※裏面もご記入ください。

## 2 振込先指定口座

金融機関名		本・支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

## 3 確認・同意事項

確認事項(以下の確認事項に該当するものに☑をしてください。)

- 今回申請する補整具は、医療保険各法による医療に関する給付を受けていません。  
 はい  いいえ
- 今回申請する補整具は、国、都道府県、他の市町村からの助成を受けていません。  
 はい  いいえ
- この申請において、虚偽の記載をしたときは、助成の決定の全部又は一部を取り消され、既に助成金の交付を受けているときは、その助成金の取消しに係る部分について返還を求められても異議を申し立てません。  
 はい  いいえ

同意事項

次の事項について同意します。

- 中央市が、助成の判定のため、医療機関等に治療の内容又は補整具の購入状況を確認することに同意します。
- 中央市が、この申請に係る助成実績を山梨県に対し情報提供することに同意します。
- 中央市が、私(助成対象者)及び私と生計を一にする世帯に属する者の住民基本台帳の閲覧及び市税等の収納状況を確認することに同意します。

助成対象者の署名 \_\_\_\_\_

助成対象者の属する世帯の世帯主の署名 \_\_\_\_\_  
(世帯主が助成対象者の場合は省略可)

## 4 添付書類

- がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる、若しくはがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し
- 補正具の購入に係る領収書及び購入者氏名、購入年月日、購入した補整具の品名、購入金額、購入数等が記載された明細書の写し
- 振込先指定口座が確認できる通帳等の写し