

<記入例>

様式第1号（第6条関係）

大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

申請日を記入

（※助成の対象は申請日から1年以内の購入物品のみ）

令和〇年 〇月 〇日

<訂正がある場合>

訂正印及び二重線で訂正。

訂正印は請求印と同じもの

修正液での修正や消えるボールペン等での記入等は不可。

申請者 住所 大津市浜大津〇丁目〇番〇号

氏名 大津 花子

助成対象者との続柄 本人

電話 077 (123) 4567

天
津

助成金の交付を受けたいので、大津市がん患者のアピアラ

に基づき、関係書類を添えて申請及び **請求印を押印**

台帳に記載された情報の閲覧及び関係機関へ照会することに

ついて同意します。

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------|--|--|---------------|
| 助成対象者 | (フリガナ)氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年月日 | 昭和〇〇年 〇月 〇日 |
| | 住所 | 〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| | 電話番号 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| がんの 治療状況 | 医療機関名 | 〇〇〇〇病院 | | |
| | 疾患名 | 〇〇〇〇がん | 治療開始時期 | 令和〇年 〇 月から |
| がん治療を証明する書類 (補整具の区分ごとにチェック) | | 手術・放射線・薬剤・その他 () | | |
| 助成対象 経費 | 補整具の区分 | 頭髮補整具 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書・お薬手帳 (薬剤名が記載されたもの) <input type="checkbox"/> その他 () | 乳房補整具 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書 (手術名が記載されたもの) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | | ウィッグ 帽子 (装着用ネット含む) | 補整下着・補整パッド 人工乳房 (左) | 人工乳房 (右) |
| 領収書に記載の内容と 合致させる。 | | 令和〇年〇月〇日 | ①令和〇 〇 〇 ②令和〇年〇月〇日 | 年 月 日 |
| 購入価額 | | 58,500 円 | ① 3,500 ② 5,000 円 | |
| 助成申請額 | | ※10,000円又は購入額のいずれか少ない方の額 (1,000円未満切捨て) | | |
| 請求額 (A+B+C) | | A 10,000 円 | B 8,000 円 | C 円 |
| 請求額の訂正は不可 間違えた場合は最初から 書き直す。 | | 有 (助成額: 円) ・ 無 | | |
| 振込先 | 預金種別 | 〇〇〇〇 | 銀行 信金 信組 農協 | 〇〇〇 本店 支店 |
| | (フリガナ)口座名義人 | 1 普通 2 当座 | 口座番号 (右詰めで記入) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | | オオツ ハナコ 大津 花子 | | |

請求印を押印

《頭髮補整具の申請時》
抗がん剤名の記載がある
書類

《乳房補整具の申請時》
手術名の記載がある書類

申請額は1,000円
未満切捨て

請求額の訂正は不可
間違えた場合は最初から
書き直す。