

清須市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

アピアランスケア用品の購入に係る補助金の交付を受けたいので、清須市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第 5 条に基づき、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	住 所	〒 ☐ 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	・手術 ・放射線 ・薬剤 ・化学療法 ・その他（ ）		
がん治療を受けた又は現に受けていること及び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又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補助対象経費	種別	医療用ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）
	補助対象額	④（①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑤（②の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑥（③の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額） 円
補助金交付申請額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください。）				円
		（清須市記載欄） 補助金交付決定額		円

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

(裏)

(添付書類)

- 1 がんの治療を受けたこと又は現に受けていること及びがんの治療に伴う脱毛又は乳房の変形又は部位の欠損が生じたことを証明する書類の写し
 - (1) 医療用ウィッグの場合 氏名、脱毛の原因となった治療の内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの
 - (2) 乳房補整具の場合 氏名、術式名及び医療機関名が記載されているもの。
 - (3) エピテーゼ（人工乳房を除く）の場合 氏名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・医療機関名が記載されているもの)
- 2 アピアランスケア用品の購入に係る領収書（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容並びに発行者の名称及び住所の記載があるもの）