

第1号様式（第5条関係）

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 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 ・放射線治療 ・化学療法 ・その他（ ）		
治療を受けたこと又は現に受けていること及び治療に伴う脱毛又は乳房の変形が生じたことを証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※ 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		
	令和4年4月1日以降に受けた愛知県内の市町村からの補助の有無	無 有（自治体名 ）	無 有（自治体名 ）		
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日		
	領収書の宛名及び対象者との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）		
	補助対象経費の額	③（①の1/2又は20,000円のうちいずれか少ない方の額） 円	④（②の1/2又は20,000円のうちいずれか少ない方の額） 円		
補助金交付申請額（③と④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
- 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）