

(あて先) 城陽市長

城陽市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

城陽市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。(□にチェック☑をしてください。)

- 過去に城陽市又は他の自治体を実施する補整具購入に係る同様の助成を受けていません。
- 申請に係る助成対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は地方公共団体の助成対象ではありません。
- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について城陽市が調査することに同意します。
- 城陽市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	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。(申請者覧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及び裏面の委任状の記入が必要) ※ 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		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	() -	対象者との関係	
助成対象補整具と金額	区分	区分Ⅰ ウイッグ等	区分Ⅱ 乳房補整具	
	種類	① ウイッグ等	② 補整下着	③ 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円未満切捨て	円 ※1円未満切捨て	円 ※1円未満切捨て
	上限額(ウ)	20,000円	20,000円	
	申請額 (イ)又は(ウ)の少ない額	円	円	
申請額合計	円			

振込先口座

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)						

※ 振込先口座は申請者と同一にしてください。

- <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が確認できる書類の写し
 - (2)補整具の購入に係る領収書及びその明細書(いずれも原本に限る)
 - (3)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

委任状

城陽市長 宛

委任者(助成対象者)氏名 _____ ⑩ (自署)

住所 _____

私は、下記の者を代理人と定め、城陽市がん患者アピアランスケア支援事業助成金実施要綱に基づく助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領にかかる権限を委任します。

代理人(受任者)氏名 _____

委任者との関係(続柄) _____