

別記

第 1 号様式（第 6 条第 1 項）

木更津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兼請求書

年 月 日

（あて先）木更津市長

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

続 柄

木更津市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、木更津市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次の事項について確認・同意の上、必要書類を添えて助成金の交付を申請します。（確認・同意の上、以下の項目に☑をご記入ください）

☐

過去に本市又は他の自治体による補整具等の購入等に係る同様の助成を受けていません。

☐

申請に係る対象経費について、医療保険各法の規定による保険給付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、木更津市が調査することに同意します。

☐

申請内容に誤りがないことを確認し、虚偽等があった場合は助成金の返還に応じます。また、必要に応じて市が関係機関等に照会又は確認を行うことに同意します。

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|-----------|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|----|--|-----|--|
| 対象者     | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | 生 年 月 日                        |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|         | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | 年 月 日（ 歳）                      |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|         | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |  | 〒<br>木更津市 |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|         | 連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (日中連絡の取れる電話番号)                  |  |           |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |                                                           |  |    |  |     |  |
| 疾 患 名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | 購入又はレンタルの別                     |  | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> レンタル |  |    |  |     |  |
| 助成対象経費  | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ウィッグ   |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 胸部補整具 |  | <input type="checkbox"/> エピテーゼ                            |  |    |  |     |  |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (頭部用ネット及び毛付き帽子含む)               |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | (補整下着、補整パッド)                   |  | (体表に装着する個別に製作された人工乳房等)                                    |  |    |  |     |  |
|         | 購入等年月日<br><small>(複数ある場合は最も古い購入日等を記載)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 年 月 日                           |  |           |  |  | 年 月 日                 |  |  |  |  | 年 月 日                          |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|         | 購入等合計額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ア 円(税込)                         |  |           |  |  | エ 円(税込)               |  |  |  |  | キ 円(税込)                        |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|         | 助成上限額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | イ 30,000 円                      |  |           |  |  | オ 20,000 円            |  |  |  |  | ク 50,000 円                     |  |                                                           |  |    |  |     |  |
|         | 助成対象額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 【ア又はイのいずれか低い額】<br>ウ 円           |  |           |  |  | 【エ又はオのいずれか低い額】<br>カ 円 |  |  |  |  | 【キ又はクのいずれか低い額】<br>ケ 円          |  |                                                           |  |    |  |     |  |
| 申請（請求）額 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 円（※ウとカとケの合計額を記入してください）          |  |           |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |                                                           |  |    |  |     |  |
| 振込先     | 金融機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 銀行 信金<br>信組 農協                  |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | 金融機関コード                        |  |                                                           |  | 本店 |  | 店番号 |  |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |                                                           |  | 支店 |  |     |  |
|         | 口座番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 普通・当座                           |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | 口座名義人<br>(申請者と同一)              |  | カナ                                                        |  |    |  |     |  |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  | 氏名                             |  |                                                           |  |    |  |     |  |
| 添付書類    | <div><div><input type="checkbox"/></div>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（診断書、治療方針説明書、お薬手帳その他これらに類するもの）であって、申請者の氏名が記載されているものの写し</div> <div><div><input type="checkbox"/></div>補整具等の購入又はレンタルに係る領収書等（申請者の氏名、購入又はレンタル年月日、品名及び金額が確認できるもの）の原本</div> <div><div><input type="checkbox"/></div>レンタルの場合は契約書等の写し（レンタルの内容、期間及び金額が確認できるもの）</div> <div><div><input type="checkbox"/></div>振込先が確認できるものの写し</div> |                                 |  |           |  |  |                       |  |  |  |  |                                |  |                                                           |  |    |  |     |  |