

年 月 日

彦根市長 様

申請者 ㊦
住所 彦根市
氏名
(助成対象者との続柄 本人 ・)
電話番号

彦根市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

彦根市がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請および請求をします。
本申請の内容を確認するために、彦根市長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

助成対象者	(ふりがな) 氏名 住所 ㊦彦根市 電話		
	生年月日 年 月 日		
確認事項	① 引き続いて1年以上彦根市に住民登録がありますか。 はい・いいえ		
	② 他の助成制度で、がん治療に伴う医療用ウィッグまたは帽子的購入費用の助成を受けたことがありますか。 はい・いいえ		
がん治療状況	③ 他の助成制度で、がん治療に伴う乳房補整具購入費用の助成を受けたことがありますか。 はい・いいえ		
	→②、③が「はい」の場合 助成金額 円(助成金額が分かるものを添付してください。)		
がん治療状況	医療機関名		
	診療科 主治医氏名		
	治療方法 化学療法 ・ 放射線治療 ・手術 ・その他()		
	治療開始時期 年 月 から 治療終了時期 年 月 まで ・ 治療中		
がん治療を受けていることがわかる書類		お薬手帳 診療明細書 治療方針計画書 その他()	
助成対象補正具等	補正具の種類	医療用ウィッグまたは帽子	乳房補整具 (右・左)
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)
	助成金限度額	イ 10,000円	オ 10,000円 (左右両方の場合上限20,000円)
	助成金の額	ウ(アとイとを比較して低い方の額) 円	カ(エとオとを比較して低い方の額) 円
交付申請額および請求額		(ウ+カ) 円	
助成金の振込先口座	金融機関名	銀行 信組 信金 農協	
	本・支店名	本店・()支店・出張所・代理店	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義人	フリガナ	
添付資料	☐ 診療明細書の写し、治療方針計画書の写しその他のがん治療を受けたことまたは現に受けていることを証明する書類 ☐ 領収書の写しその他の助成対象補正具を購入したことが分かる書類(購入日、品目、台数、金額等の分かるもの) ☐ 本人確認書類(マイナンバーカード、保険証、免許証等)の写し ☐ 任意代理人が窓口で申請する場合は、委任状(原本に限る。)および任意代理人の本人確認書類の写し ☐ 通帳等の振込先が分かるものの写し		