

別 記

第 1 号様式（第 6 条関係）

鎌ケ谷市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書（兼交付請求書）

年 月 日

（あて先）鎌ケ谷市長

申請者 ふりがな

氏 名

住 所

（対象者との続柄）

対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。

鎌ケ谷市がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、鎌ケ谷市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次の事項について確認及び同意のうえ、必要書類を添えて申請（請求）します。

- ・過去に他の自治体において補整具の購入等に係る同様の補助を受けていません。
- ・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他の地方公共団体の補助対象ではありません。
- ・補助金の交付に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、本市が調査することに同意します。
- ・本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。

太枠部分は申請者と対象者で内容が異なる場合に記入してください。

対象者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	鎌ケ谷市	
	連絡先	日中連絡の取れる電話番号： ()	

診断名				
補助対象費用	区分	ウィッグ <small>（毛付き帽子及び同時に申請するネットも含む。）</small>	胸部補整具 <small>（補整下着、補整パッド）</small>	エピテーゼ <small>（人工の乳房、乳頭等体表に取り付けるもの）</small>
	購入年月日 <small>（複数購入の場合は最も古い購入日を記載）</small>	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入合計額	ア 円（税込）	エ 円（税込）	キ 円（税込）
	補助上限額	イ	オ	ク
	補助対象額	【ア又はイのいずれか低い額】 ウ	【エ又はオのいずれか低い額】 カ	【キ又はクのいずれか低い額】 ケ
申請（請求）額	円（※ウ+カ+ケの額を記入してください）			

添付書類	<p>【☑をつけ、添付もれがないかご確認ください。】</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書の写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形若しくは欠損又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し）</p> <p><input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの）</p> <p><input type="checkbox"/> 振込先が確認できるものの写し</p>										
	振込先口座 (申請者)	金融機関名	銀行 信金 信組 農協							本店 支店	
口座番号	普通 ・ 当座								口座名義人 (申請者と同一)	氏名	