

亀岡市がん患者のアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 亀岡市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

亀岡市がん患者のアピアランスケア助成事業実施要綱に基づき、以下のとおり申請します。
なお、申請にあたり、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせ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				
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・診療明細書 ・治療方針計画書 ・同意書 ・お薬手帳 ・その他() ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
助 成 対 象 経 費	補正具の種類	区分① ウィッグなど	区分② 乳房補正具		
	本市・他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日(領収書日付)	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	① 円(税込)	② 円(税込)		
	申 請 額	(①の1/2又は5万円のいずれか少ない額) ③ 円	(②の1/2又は5万円のいずれか少ない額) ④ 円		
申請額(③と④の合計を記入してください。)				円	

※1 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
※2 助成対象者と申請者が異なる場合(助成対象者が未成年の場合を除く)は、委任状を添付してください。

(添付書類) 1. がん治療を受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は乳房を切除たことを証明する書類の写し
2. 領収書(原本)(購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。)

亀岡市がん患者のアピアランスケア助成事業実施要綱に基づき下記のとおり請求します。

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協							本 店 支 店 出張所
口座番号	普通							(右詰で記入してください)
フリガナ								
口座名義人								