

様式第1号（第5条関係）

刈谷市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

刈谷市長 令和 年 月 日
 〒 -
 申請者 住 所.....
 氏 名.....
 電話番号（.....） -.....

次のとおり申請及び請求をします。

助成対象者	ふりがな			生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号	- -
				続 柄	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -			
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（ ）			
助成対象 補 整 具	補 整 具 の 種 類	ウィッグ		乳房補整具	
	購 入 費 用	円		円	
申 請（ 請 求 ） 額	円		円		
	（合計）				円
確 認 事 項	私は、以下の事項を全て確認しました。 1 助成対象者に係る同一の種類の補整具について、過去に他の市町村から愛知県がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱に基づくがん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けて行う助成等はされていません。 2 同一の助成対象補整具に対する他の助成金等の交付はされていません。				
助成金の交付に当たり、市が私の住所等の状況を調査し、並びに医療機関及び他市町村等に必要な情報を確認することに同意します。 助成対象者氏名.....					

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店 出張所
	種 目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人 (カタカナ)			

【市記入欄】 以下は記入しないでください。

助成決定額	円
-------	---

令和 年 月 日
 確認者 /

(添付書類)

治療を証明する書類（写し）	<p>【ウィッグ】</p> <p>脱毛の原因となったがんの治療を行ったことが分かる資料（助成対象者氏名、病名や抗がん剤などの記載があるもの）</p> <p>例）化学療法の説明書・同意書、診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳など</p> <hr/> <p>【乳房補整具】</p> <p>がんの外科的治療等による乳房の変形を示す資料（助成対象者氏名、病名や乳房に対する外科的治療等の記載があるもの）</p> <p>例）外科的治療の説明書・同意書、診療明細書、治療方針計画書など</p>
補整具の領収書（原本）	<p>宛名、購入日、購入金額、品名、領収書発行者の名称・所在地の記載があるもの</p> <p><u>※原則、助成対象者の氏名が宛名となっているもの。</u></p> <p>※複数の物品を購入した場合は、購入明細書や納品書など、内訳の内容が分かるものを併せて提出してください。</p>