

様式第1号（第5条関係）

田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

田原市がん患者のアピアランスケア支援事業補助金について次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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（ ）			
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	・治療方針計画書 ・医療行為同意書 ・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。				
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具		
	補整具について他からの補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）		
	補助対象額	③（①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	④（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円		
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			円		
補助決定金額（田原市記載欄）			円		

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

記載の仕方・注意事項など

原則として、補助対象者ご本人としてください。補助対象者が未成年（18歳未満）の場合は、保護者の方としてください。住所は住民票の住所を記載してください。
やむを得ない理由等でご本人が申請できず、ご本人以外の方が申請する場合は、委任状を添付してください。

申請内容等についてお問い合わせする場合がありますので、連絡がつく電話番号を記載してください。

補助対象者の氏名、住所（住民票の住所）、生年月日を記載してください。
申請者と同じ場合は、「申請者と同じ」にレ点を記載していただくことで、氏名、住所の記載を省略可能です。

がん治療を行った医療機関や治療方法等を記載してください。

治療内容等がわかる書類について記載し、写しを添付してください。
ウィッグ：対象者名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名等の記載があるもの
乳房補整具：対象者名・乳房切除術・医療機関名等の記載があるもの

他で同様の補助等を受けられる場合は、本事業の対象になりません。

令和4年4月1日以降の日付のものが補助対象となります。

領収書に記載された金額のうち、補助対象となるもの（ウィッグ、ウィッグと同時申請の場合の頭皮保護用ネット、補整下着、補整パッド、人工乳房）の金額（税込み）を記載してください。
※対象とならないものを除いた金額です。

千円未満は切り捨てになります。

記載不要です。

「申請者」欄に記載された方の口座をご記載してください。