

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又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類		・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	エピテーゼ
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）
	補助対象額	④（①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	⑤（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	⑥（③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（④と⑤と⑥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			

(添付書類)

- 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又は部位の欠損を証明する書類の写し
  - ・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・医療機関名が記載されているもの
  - ・エپیテーゼ（人工乳房を除く）：対象者名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・医療機関名が記載されているもの
- 補整具の購入に係る領収書の原本（申請者又は対象者のフルネーム、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）。領収書に必要事項の記載がない場合は、納品書や明細書等の購入内容がわかるものの写し
- 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等（申請者名義のもの）、カナ名義及び口座番号等が確認できるものの写し