

がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）五島市長

申請者 住 所

氏 名

（助成対象者との関係： ）

連絡先

五島市補助金等交付規則第 4 条及び五島市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、住民基本台帳の情報、課税情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な庁内関係機関への照会又は確認することについて同意します。

助 成 対 象 者	※ 申請者と同一の場合、氏名欄及び住所欄は記載不要です。				
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	(〒 —)			
交付要件		次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となります。確認の上、□にチェックをお願いします。 ☐ がん治療を現に受けている又は過去 1 年以内に受けていた ☐ がん治療に起因する補整具を購入した ☐ 他の制度において、同種の補整具の購入費用の助成、補助又は給付を受けることができない ☐ 助成金の交付を申請する日において、市内に住所を有している ☐ 本人及びその世帯員に係る市税の滞納がない ☐ 過去に本助成金及び他自治体の事業による同種の助成金等を受けていない			
補整具の種類		購入日	購入金額(ア)	助成上限額(イ)	助成対象額 (ア又はイのいずれか低い額)
医 療 用 ウィッグ	A ☐ ウィッグ・毛付き帽子	年 月 日	A と B の合計金額 円	20,000 円	(1) 円
	B ☐ 装着用ネット	年 月 日			
乳 房 補整具	C ☐ 補整パッド (左・右) ☐ 補整下着 (左・右)	年 月 日	C、D 又は E の金額 円	各 20,000 円	(2) 円
	D ☐ 人工乳頭 (左・右)	年 月 日			
	E ☐ 人工乳房 (左・右)	年 月 日		各 50,000 円	
助成申請額 ((1)、(2)の合計を記入してください)				円	
添付書類 (確認の上、□にチェックしてください)		☐ がん治療を受けている又は受けていたことがわかる書類又はがん治療受診証明書 ☐ 補装具の購入に係る領収書等の写し (宛名が申請者又は助成対象者であり、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元等がわかるもの。) ☐ 申請者の身分証明書の写し ☐ 振込先口座を確認することができる通帳等の写し ☐ 請求書			