

がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

日付は空欄のまま提出してください。

年 月 日

小城市長 様

申請者は助成対象者本人になります。ただし、助成対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

申請者 住所 小城市長神田2312番地2
氏名 小城 花子 (印) 小城
助成対象者との続柄 (本人)
電話番号 ()

日中連絡が取れる電話番号をお書きください。

小城市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、申請するに当たり、小城市住民基本台帳の記録に関する事項その他助成金交付に関し必要な事項について、照会・確認することに同意します。

助成対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	※申請者と同じの場合は記入不要です。	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生 (〇〇)歳
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 - 電話番号 () ※申請者と同じの場合は記入不要です。		
助成対象経費		購入経費	アの1/2の額 (1円未満切り捨て)	上限額2万円又はイのいずれか低い方	購入年月日
	医療用ウィッグ	① ア 50,000円	① イ 25,000円	① ウ 20,000円	令和4年4月5日
	乳房補正具	② ア 円	② イ 円	② ウ 円	令和4年4月1日以降に購入したものに限りま
申請・請求金額		金 20,000 円 (①ウ+②ウ)			
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・組合	〇〇	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	(フリガナ) 口座名義	オギ ハナコ 小城 花子			

申請者名義の口座を記載して下さい。

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ので、確認の上、□にチェックをお願いします。

- 申請日において、小城市に住所を有する
- がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていた
- がん治療に伴う脱毛又は乳房切除により、医療用補正具を購入している
- 当該年度において、他の都道府県及び市区町村から同種の助成等を受けていない

※添付書類

- (1) がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていたことを証明する書類
- (2) 補正具を購入した日付及び金額の明細がわかる書類 (領収書等)
- (3) その他市長が必要と認める書類

(担当課受理日)