

大野城市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

大野城市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金の交付を受けたいので、大野城市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱（令和４年要綱第 53 号）第 5 条の規定により申請します。

なお、世帯の所得の額を確認するため、大野城市が関係機関に対して所得などを調査することに同意します。また、世帯構成員の調査同意については、私が責任をもって行います。

申請者	フリガナ						電話番号					
	氏 名		印				生年月日		年 月 日			
	住 所		〒									
補助対象者	☐ 申請者と同じ ※申請者が補助対象者の場合は、この欄の記入は不要											
	フリガナ						電話番号					
	氏 名						生年月日		年 月 日			
	住 所		〒						申請者との続柄 ()			
補助対象経費	用具		支払日		購入金額		購入金額合計×1/2 (千円未満切捨)		交付申請額			
	医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	年 月 日		円		(ア) 円		補助限度額40,000円と (ア) のうちいずれか低い額 円			
		装着用ネット	年 月 日		円							
		毛付き帽子	年 月 日		円							
	補整具等	補整パッド	年 月 日		円		(イ) 円		補助限度額20,000円 (※購入品にエビテーゼが含まれる場合 40,000円)と(イ) のうち いずれか低い額 円			
		補整下着	年 月 日		円							
		専用入浴着	年 月 日		円							
		弾性着衣	年 月 日		円							
		エビテーゼ	年 月 日		円							
	確認事項	☐ 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、又は国若しくは地方公共団体の補助を受けていない。										
添付書類(写し)	☐ がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等(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り身体の一部に欠損が生じたことを証明する書類に限る。) ☐ 領収書及び明細書(補助対象者の氏名、支払日、品名、金額、個数入り。「医療用ウィッグ」「補正パッド」等補助対象品目名の記載のあるもの) ☐ 申請者及び補助対象者(申請者と異なる場合に限る。)の本人確認書類(運転免許証等) ☐ 振込口座の確認ができるもの(通帳、キャッシュカード等)											
振込先	金融機関名		銀行・農協・信金 信組・労金						本店・支店 出張所			
	口座番号		普通 当座							口座名義人 申請者と同じ	フリガナ	