様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

富士吉田市長　様

　富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、富士吉田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５条第１項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請し、及び請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | 電話　　　（　　　　） | | |
| 富士吉田市 | | | | | | | |
| 助成対象者 | ※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | 電話　　　（　　　　） | | |
| 富士吉田市 | | | | | | | |
| 今回購入した補整具について、他自治体等から助成を受けている、又は受ける予定がありますか。 | | | | | | | はい ・ いいえ  ※「はい」の場合、本助成を受けることができません | | | |
| 市税等の滞納がありますか。 | | | | | | | はい ・ いいえ  ※「はい」の場合、本助成を受けることができません | | | |
| 助成対象補整具の種類（申請する補整具に☑） | | | | | | | 購入又はレンタル金額 | | | 購入又は支払い日 |
| **□** | ウィッグ（部分用ウィッグ、ヘアーエクステンション及び頭皮保護用のネットを含む。）、帽子（毛付きのものを含む。） | | | | | | 円  （税込） | | | 年　　月　　日 |
| **□** | 乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッド及び専用入浴着を含む。） | | | | 左・右・両方  （いずれかに○） | | 円  （税込） | | | 年　　月　　日 |
| **□** | 人工乳房・乳頭（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。） | | | | 左・右・両方  （いずれかに○） | | 円  （税込） | | | 年　　月　　日 |
| 補助申請額 | | 円（購入若しくはレンタル金額又は助成上限額の合計） | | | | | | | | |
| （※助成上限額 ウィッグ・帽子：10万円　補整下着：２万円　人工乳房：10万円） | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関名 | |  | | | 本支店名 | |  | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | | | 口座番号 | |  | |
| フリガナ | |  | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | |
| 添付書類  （必須） | | ●がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等（がん治療を受けたこと又はがん治療を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できる書類に限る。）の写し | | | | | | | | |
| ●補整具の購入代金又はレンタル料の支払に係る領収書（申請者の氏名、購入又はレンタルの年月日、品名、金額、台数の記載があるもの。）の写し | | | | | | | | |
| ●申請者名義の振込先の口座の通帳等（カナ名義及び口座番号が確認できるもの。）の写し | | | | | | | | |
| ●住民基本台帳、市税等の収納状況及び医療機関への治療内容等の照会等に関する同意書（様式第２号） | | | | | | | | |
| 市記入欄 | 申請受理日 | | 年　　　月　　　日 | |