

岩出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

年 月 日

（宛先）岩出市長

申請者（請求者） 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

岩出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条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。また、申請内容の確認のため、市が保有する対象者の個人情報（住民基本台帳、市税納付状況等）を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対 象 者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
			電話番号	
	住 所	岩出市		
助成対象費用等	(1) ウィッグ ☐ ウィッグ(保護ネット含む。)			
	(2) 乳房補整具 ☐ 補整下着(パッド含む。)			
	(3) (右・左) ☐ 人工乳房・人工乳頭(乳房再建術等含まない。)			
	円	購入日	年 月 日	
	他からの助成の有無 ☐ あり ☐ なし			
交付申請・請求額		円		
振 込 先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義			
※代理申請欄（代理人による申請及び請求(並びに受領)を行う場合のみ記入)				
代 理 人	フリガナ 氏 名		対象者との 続柄	
	住 所			
私は、がん患者のためのアピアランスケア支援事業助成金の申請及び請求（並びに受領）に関する権限を上記代理人に委任します。 委任者 氏名 _____				

【添付書類】

- (1) 抗がん剤治療等又は手術など治療内容を確認できる書類の写し（治療説明書、診断書、治療方針計画書等）
 - (2) 補整具購入に係る領収書の原本（申請者又は対象者名、購入日、購入品目、購入金額及び領収書発行元を証明する書類）
 - (3) 助成金の振込先金融機関の口座番号を証明する書類の写し（通帳等）
- ※上記添付書類の他、治療内容や補整具の確認のため、別途資料の提出をお願いする場合があります。