

茨木市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

茨木市長 様

申請者

ふりがな

印

氏名

(自署の場合は押印不要) 生年月日

(助成対象者が未成年の場合は、親権者の氏名をご記入ください)

住所

助成対象者との続柄

本人・保護者・()

電話・携帯 ()

(窓口を持参されたかた、申請書を記入されたかた等)

茨木市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱第6の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入に要する経費の助成を申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに診断書等発行元医療機関への照会を行うことについて同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名		電話番号	
	住所	茨木市		
過去の申請状況	過去に茨木市からがん治療に伴うウィッグ(医療用ウィッグ、毛付き帽子、帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む)購入に要した費用の補助を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>(はいの場合はウィッグ購入費用については申請できません)</small>
	過去に茨木市からがん治療に伴う乳房補整具(補整下着(下着とともに使用するパッド含む)又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く))購入に要した費用の補助を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>(はいの場合 申請時期と部位を下記に記入)</small> 年 月 日 (左 ・ 右)
購入した補整具	区分	(1)ウィッグ		(2)乳房補整具
	補整具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ (B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 (C) <input type="checkbox"/> その他	(保護ネットを含む) (ケア用品は除く)	(D) <input type="checkbox"/> 補整下着(下着とともに使用するパッドを含む) (E) <input type="checkbox"/> 人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)
	購入日	年 月 日		年 月 日
	購入に要した費用	ア ※配送料等は除いてください 円(税込)		治療部位 (左 ・ 右) エ ※補整下着および人工乳房の合計金額 ※配送料等は除いてください 円(税込)
	助成限度額	イ 20,000 円		オ (左 ・ 右) 各 20,000 円
	助成対象額	ウ 【アまたはイのうちいずれか低い額】 円		カ 【エまたはオのうちいずれか低い額】 円
購入業者			助成金交付申請額 円 <small>(※ウとカの合計を記入してください)</small>	
診断名			診断された病院名 または治療中の病院名	
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 組合・農協	金融機関コード	支店名 本店・支店 出張所
	口座番号	普通・ 当座	口座名義人 (助成対象者と同じ)	カナ 氏名
添付書類 (添付した書類に ☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書(免許証、保険証、マイナンバーカード表面等。顔写真のないものは2点必要。)の写し。			
	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等がん治療(手術、薬物療法、放射線治療等)を受けたこと又は現に受けていることが分かる書類(補整具が必要である外見の変化及びそのおそれがあることを証明するものに限る。写し可。)			
	<input type="checkbox"/> 補整具購入にかかる領収書(申請者名又は助成対象者名、購入した日、購入品目、購入金額、領収書発行元を証明する書類。写し可。)			
	<input type="checkbox"/> 助成対象者名義の、助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し。			
	<input type="checkbox"/> 委任状(助成対象者と申請者が異なる場合や、振込口座が助成対象者ではない場合等。助成対象者が未成年の場合は不要。)			