

上野原市がん患者アピアランスケア助成事業申請書

年 月 日

上野原市長 宛

住 所
氏 名
電話番号

上野原市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 助成要件確認のため、市が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること
- 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

助成対象者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日 (歳)		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	()		
今回の補整具について、他の制度による助成等を受けている、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。		
助成対象補整具の種類（申請する補整具に <input checked="" type="checkbox"/> ）			購入金額	購入日	
<input type="checkbox"/>	ウィッグ（部分用ウィッグ及びヘアエクステンション並びに頭皮保護用のネットを含む。）又は帽子（毛付きのものを含む。）		円 (税込)	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）	左・右・両方 (いずれかに○)	円 (税込)	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	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（購入額又は助成上限額の合計） (※補整具ごとの助成上限額 ウィッグ：2万円 補整下着：2万円 人工乳房：10万円)				
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 組合・信組 ()		本店・支店 本所・支所 ()	
	口座種別	普通（総合）・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				
添付書類 (必須)	<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る乳房の変形を証明する書類に限る。）				
	<input type="checkbox"/> 領収書（氏名、購入した年月日、品名、金額及び台数の記載のあるもの）				
	<input type="checkbox"/> 振込先の口座の通帳等の写し（カナ名義及び口座番号が確認できるもの）				
市記入欄	申 請 受 理 日	年 月 日	助 成 決 定 額	円	