

様式第1（第7条関係）

安城市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金申請書兼実績報告書

年 月 日

安城市長

安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下記のとおり申請します。

記

※補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	※ <small>(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>		
	住所	〒		
	電話番号			
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
がん治療による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	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、その写しを添付してください。			
補助対象経費	ケア用品の種類	ウィッグ（かつら）	乳房補整具	
	ケア用品について他市町村の助成	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	
	領収書に記載の氏名及び本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込み）	② 円（税込み）	
補助金交付申請額			円	
※「①の1/2の額又は2万円のいずれか低い額」と「②の1/2の額又は2万円のいずれか低い額」の合計				
安城市長がこの申請に関する審査のために申請者の住民基本台帳を閲覧することについて			<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 ※該当する方に「レ」を記入してください。	

添付書類

- がん治療による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
 - ウィッグ（かつら）の場合
申請者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの
 - 乳房補整具の場合
申請者名、乳房切除術の内容及び医療機関名が記載されているもの
 - アピアランスケア用品の購入に係る領収書等の写し（申請者の氏名、購入年月日、購入金額、購入内容及び発行者の名称の記載があるもの）
- ※安城市長がこの申請に関する審査のために住民基本台帳を閲覧することについて、同意しない場合にあっては、発行の日から3か月以内のマイナンバーの記載がない住民票の写しを併せて添付してください。