

北杜市長 様

北杜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

次のとおり北杜市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請及び請求します。

申請者	ふりがな		生年月日
	氏名	印	年 月 日
	住所及び連絡先	電話番号	
対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所及び連絡先	電話番号	
対象補整具の種類		購入金額（税込み）	購入日
・ウィッグ（部分用ウィッグ、ヘア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	令和 年 月 日
・乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）		円	令和 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。）		円	令和 年 月 日
助成金申請額の合計		円（税込み）	
※助成金交付決定額		円（税込み）	

※印の欄は記入しないでください。

裏面に続きます

助成金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

委任事項（申請者と対象者が異なる場合は下欄に記入をお願いします。）

<p>私は、当該申請書兼請求書の提出に関する一切の権限を委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">（対象者署名）氏名</p>
--

同意及び確認事項

この申請に係る住民基本台帳（申請者と対象者が異なる場合は双方の登録事項）について、北杜市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
北杜市が、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を紹介することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
北杜市が、山梨県に対し、市の助成実績に係る情報を提供することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
対象補整具の購入費用について、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、本助成を受けることができません。

添付書類

- 1 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。）
- 2 対象補整具の購入に係る領収書又は支払及び内訳を証する書類の写し（対象者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。）
- 3 助成金の振込先口座が確認できる書類
- 4 その他市長が必要と認める書類