

様式第1号（第6条関係）

東近江市がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

令和6年7月1日

東近江市長 様

押印が必要です

閲覧同意があるため、申請は**原則、助成対象者本人**でお願いします。
代理申請をされる場合は委任状が必要です。（対象者が未成年の場合は保護者を申請者とし、委任状は不要です。）

申請者 住所 東近江市●●●●町9999番地9
氏名 東近江 花 子
助成対象者との続柄 本人
電話 090 (●●●●●) ●●●●●

東近江市がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請し、及び請求します。また、助成金の交付の審査のため、必要な範囲で私の住民基本台帳、市税及び国民健康保険料の納付に関する資料を市の職員が**閲覧することに同意します。**

助成対象者	(フリガナ) 氏 名	ヒガシオウミ ハナ コ 東近江 花 子	
	生年月日	平成元年1月1日	
	住 所	〒●●●●-●●●●● 東近江市●●●●●町9999番地9	
	連絡先(電話番号)	090-●●●●●-●●●●●	
がんの治療状況	医療機関名	●●●●●病院	
	主治医氏名	● ● ● ●	
	治療開始時期	令和2年12月	
	治療方法	☒ 手術 ☐ 放射線 ☒ 薬剤 ☐ その他 ()	
抗がん剤等による治療を受けていることを証する書類	☐ お薬手帳 ☒ 診療明細書 ☐ 治療方針計画書 ☐ その他 ()		
補整用具等が必要な理由	薬の副作用による脱毛のため		
購入した補整用具等	種 類	☒ 医療用等ウィッグ(皮膚保護用ネットを含む) ☐ ヘア帽子 ☐ 乳房補整具(右側) ☐ 乳房補整具()	
	購入年月日	令和 6 年 5 月 31 日	
	購入実額	55,000 円	
他の助成金の受給の有無	☐ 有(助成額:) ☒ 無		
交付申請金額	※10,000円又は購入額のいずれか少ない方の額(1,000円未満切捨て) 10,000円		
申請者の課税状況	市町村民税 ☒ 課税対象 ☐ 非課税対象		
振込先	金融機関名	東近江 銀行 信金 信組 農協	本 出 張
	預金種別	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 ●●●●●●●●
	フリガナ	ヒガシオウミ ハナ コ	
	口座名義人	東近江 花 子	

「有」の場合は、購入額から助成済額を除します。

市県民税、固定資産税、軽自動車税等の市税科目全てが対象となります。

※複数申請のある場合は、補整用具等の種類ごとに申請書を1枚提出してください。

※対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

- ※添付書類
- 1 脱毛の副作用がある抗がん剤治療の受療を証明する書類（医療用等ウィッグ等の場合）
 - 2 がん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類（乳房補整具の場合）
 - 3 補整用具等を購入した金額の明細が分かる書類（領収書の写し）
 - 4 市税の完納を証明する書類（課税対象者の場合）
 - 5 振込先口座が確認できる書類（通帳等の写し）

【市の受付時確認欄】

申請者（受療者）本人が東近江市 国民健康保険の加入者である	☐ はい ☐ いいえ	確認を行っ た市職員印	
申請書兼請求書を代理提出され る場合の申請者本人との続柄等	☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ ）		