

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

年 月 日

東近江市長 様

申請者 住 所 東近江市

氏 名 ⑩

助成対象者との続柄

電 話 ()

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		
	生年月日		年 月 日
	住 所		〒
	連絡先（電話番号）		
がんの治療状況	医療機関名		
	主治医氏名		
	治療開始時期		
	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			
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。）又は帽子 ☐ 乳房補整具（右側） ☐ 乳房補整具（左側）	
	購入年月日	年 月 日	
	購入実額	円	
他の助成金の受給の有無	☐ 有（助成額：円） ☐ 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） 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	銀行 信金 信組 農協	本 店 支 店 出張所 代理店
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

※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	
----------------------------------	--	---------------------------	--