

摂津市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 _____
 (請求書) 氏名 _____
 電話番号 () _____
 対象者との続柄 本人・その他 () _____

次のとおり、がん患者のためのアピアランスケア助成金を申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された助成金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

※申請者が助成対象者と異なる場合は、法定代理人である場合を除き、委任状が必要です。

助成対象者	ふ り が な						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日					
	住 所	〒 566 - 摂津市 電話番号 () -					
過去の実績	助成を受けようとする <u>ウィッグ、医療用帽子、装着用ネット、乳房補整具の補整下着、人工乳房、乳房パッド等</u> の購入費用について、本市又は国、他の市町村等から助成を受けたことがありますか。	☐ はい		☐ いいえ			
		※はいの場合は申請できません。					
振込口座	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 本 店 支 店 出張所					
	預 金 の 種 類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()					
	口 座 番 号						
	フ リ ガ ナ						
	口 座 名 義 人						

<裏面へ続く>

購入した補整具	区 分	ウィッグ等	乳房補整具	
	購 入 日	年 月 日	(左) 年 月 日	(右) 年 月 日
	購 費 入 用	ア 円(税込)	エ 円(税込)	キ 円(税込)
	助 成 限 度 額	イ 30,000 円	オ 10,000 円 ※人工乳房・乳頭の場合は 30,000 円	ク 10,000 円 ※人工乳房・乳頭の場合は 30,000 円
	助 成 対 象 額	ウ 【ア又はイのうち低い額】 円	カ 【エ又はオのうち低い額】 円	ケ 【キ又はクのうち低い額】 円
申請額		円 (※ウとカとケの合計を記入してください。)		
添付書類 (添付した 書類に☑を 付けてくだ さい。)		☐	申請者本人の確認書類 (申請時点で摂津市に住所を有することがわかる書類。個人番号カード、運転免許証等)	
		☐	<u>医師の診断書又は医療機関が発行する診療明細書、治療方針計画書等</u> のがんと診断されたことを明らかにする書類	
		☐	化学療法又は外科的手術の部位を証明する書類 (<u>化学療法説明書</u> や <u>手術同意書</u> 等) その他の手術、薬物療法、放射線治療等のがんの治療による脱毛又は乳房の変化を明らかにする書類	
		☐	領収書の原本その他の支払った補整具の購入費用を明らかにする書類	
		☐	委任状 (助成対象者と申請者が異なる場合のみ。委任者の本人確認書類も必要)	

----- 【以下は記載しないでください。】 -----

市記入欄

審 査	項目	可否	受付者・確認者	(受付印)
	助成対象者の氏名、 生年月日	☐ 可 ☐ 否		
	治療	☐ 可 ☐ 否		
	購入日	☐ 可 ☐ 否		
	購入内容	☐ 可 ☐ 否		
	助成歴	☐ 可 ☐ 否		