

新城市長

申請者 住所
氏名 (自署)
補助対象者との続柄
電話番号

新城市がん患者アピアランスケア事業補助金申請書兼請求書

対象者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏名	□申請者と同じ			
	住所	〒 □申請者と同じ			
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 ()		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に起因する脱毛又は外科的治療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、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有		無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	① 円 (税込)		② 円 (税込)	
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)				円	
				助成決定金額	円

振込先	金融機関名			本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義人 (フリガナ)				

(添付書類)

- 1 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起因する脱毛又は外科的治療による乳房の変形を証明する書類の写し
- 2 医療用補整具の購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者がわかるもの