

(あて先)寝屋川市長

がん患者のためのアピアランスケア助成交付申請書兼請求書

次のとおり、医療用ウィッグ、補整具等購入費用の助成を申請いたします。

(申請者が助成対象者と異なる場合は委任状が必要です。)

申請者	ふりがな			助成対象者との続柄		
	氏名			生年月日	年	月 日
	住所	〒 -		電話 ()		
助成対象者	ふりがな					
	氏名			生年月日	年	月 日
	住所	〒 - 寝屋川市		電話 ()		
過去の実績	過去に寝屋川市又は他市からがん治療に伴うウィッグ、毛付き帽子、装着用ネット等の購入経費の助成を受けたことがありますか。				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	過去に寝屋川市又は他市からがん治療に伴う乳房補整具の人工乳房、人工乳頭、補整下着等の購入経費の助成を受けたことがありますか。				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
購入した補整具	補整具の区分	医療用ウィッグ		乳房補整具		
	購入日	年 月 日		(左) 年 月 日	(右) 年 月 日	
	購入費用	ア	円(税込)	エ	円(税込)	円(税込)
	助成限度額	イ	30,000円	オ	20,000円	20,000円
	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】		カ【エ又はオのうちいずれか低い額】		
申請額		円(※ウとカの合計を記入してください。)				
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/>	申請者本人の確認書類(申請時点で寝屋川市に住所を有することがわかる書類。マイナンバー、運転免許証等)				
	<input type="checkbox"/>	がん治療に関する説明書や診断書、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がわかる書類、お薬手帳等抗がん剤等の治療がわかる書類、乳房補整具は外科的治療等による乳房摘出術と部位を証明する書類等。写し可)				
	<input type="checkbox"/>	補整具購入にかかる領収書(申請者又は助成対象者名、購入日、購入金額、購入品の記載があるもの。写し可)				
	<input type="checkbox"/>	助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し(口座名義人が助成対象者と異なる場合は委任状が必要)				
	<input type="checkbox"/>	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)				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用金庫・農協		支店	普通・当座	
	口座番号	口座番号		口座名義人(カタカナ)		

-----【以下は記載しないでください】-----

審査	項目	可否	受付者	(受付印)
	助成対象者の氏名、生年月日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	治療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	購入日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	購入内容	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		