

(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、乳房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。助成対象者が18歳以上の場合は委任状、18歳未満は助成対象者のマイナンバーカードのコピー(表面)が必要です。)

|                                |  |                                       |  |  |  |                              |   |   |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|------------------------------|---|---|
| 申請者                            | ふりがな   |                                       |  |  |  | 助成対象者との続柄                    | □本人 □その他( )                               |   |
|                                | 氏名   |                                       |  |  |  | 生年月日                         | 昭和<br>平成<br>令和                            | 年 月 日 ( 歳)                                |
|                                | 住所   | 〒 -                                   |  |  |  | 電話                           | ( )                                       |   |
| 助成対象者                          | ふりがな   |                                       |  |  |  |                              |   |   |
|                                | 氏名   | □同上(申請者と異なる場合は記載)                     |  |  |  | 生年月日                         | 昭和<br>平成<br>令和                            | 年 月 日 ( 歳)                                |
|                                | 住所   | 〒 -<br>寝屋川市                           |  |  |  | 電話                           | ( )                                       |   |
| 過去の<br>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。    |                                       |  |  |  |                              | □はい □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。 |                                       |  |  |  |                              | (左)<br>□はい □いいえ<br>はいの場合は左胸部補整具の申請はできません。 | (右)<br>□はい □いいえ<br>はいの場合は右胸部補整具の申請はできません。 |
| 購入した<br>補整具                    | 補整具の<br>区分   | 医療用ウィッグ                               |  |  |  | 乳房補整具                        |   |   |
|                                | 購入日  | ※複数ある場合は一番古い日付(購入日から1年以内に限る)<br>年 月 日 |  |  |  | (左)<br>年 月 日                 | (右)<br>年 月 日                              | ※複数ある場合は一番古い日付(購入日から1年以内に限る)              |
|                                | 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方の額】<br>円              |  |  |  | カ【エ又はオのうちいずれか低い方の額】<br>(左) 円 |   | (右) 円                                     |
| 助成対象額合計                        |  |                                       |  |  |  | 円 (※ウとカの合計を記入してください。)        |   |   |
| 添付書類<br>(添付した書類に☑を<br>つけてください) | □  |                                       | 申請者の本人確認書類のコピー(申請時点で寝屋川市に住所を有することがわかる書類。マイナンバーカード(表面)、運転免許証等)  |  |  |                              |   |   |
|                                | □  |                                       | 医療用ウィッグの申請…氏名と診断名が確認できる書類(診断書・治療計画書や同意書等)と氏名と抗がん剤等の治療を受けたことを証明する書類(診療明細書等)<br>乳房補整具の申請…氏名と診断名が確認できる書類(診断書・治療計画書や同意書等)と外科的治療による乳房摘出手術を受けたことと部位を証明する書類(診療明細書等) |  |  |                              |   |   |
|                                | □  |                                       | 補整具購入にかかる領収書(購入から1年以内。申請者又は助成対象者氏名、購入日、購入金額、購入品の記載があるもの。写し可。)  |  |  |                              |   |   |
|                                | □  |                                       | 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)  |  |  |                              |   |   |
|                                | □  |                                       | 委任状(18歳以上の人)と助成対象者の本人確認書類<br>※助成対象者が18歳以上の場合は委任状、18歳未満は助成対象者のマイナンバーカードのコピー(表面)が必要です。   |  |  |                              |   |   |
| 振込先                            | 金融機関名  | 銀行・金庫<br>信用金庫・農協                      |  |  |  | 支店                           | 普通・当座                                     |   |
|                                | 口座番号   |                                       |  |  |  | 口座名義人(カタカナ)                  |   |   |

※ゆうちょ銀行の方で8桁の口座番号の口座をお持ちの方は下1桁を除いた番号をご記載ください。

-----【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 |     |       |