

様式第1号（第8条関係）

みよし市がん患者アピランスケア用品購入費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

みよし市長 様

申請者住所 .....

氏名 ふりがな ..... (補助対象者との続柄)

電話番号 .....

みよし市がん患者アピランスケア用品購入費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり申請します。  
記

補助対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 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伴う脱毛又は外科的治療等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 ・診療明細書 ・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	医療用ウィッグ	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	
	領収書の名前及び本人 (補助対象者)との続柄	(続柄 )	(続柄 )	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	
	補助対象額	③(①の1/2を乗じて得た額(※)又は30,000円のいずれか少ない方の額) 円	④(②の1/2を乗じて得た額(※)又は30,000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	

※ 補助対象額に100円未満の端数が生じた場合は、100円未満を切り捨てた金額  
<添付書類>

- 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伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し (医療用ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容 (抗がん剤名等)・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。)
- 補助対象経費の支払いを証する領収書 (原本) (購入者の氏名 (フルネーム)、購入年月日、品名、金額、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが備考等に記載されているもの、領収書発行者名が記載されているもの)

私は、上記補助金交付申請の審査資料として住民票及び市税等の納税状況について、市担当職員が公簿等により確認することを承諾します。  
年 月 日  
申請者署名または記名押印