

別記第1号様式（第6条関係）

白井市がん患者アピアランスケア助成事業助成金交付申請書（兼交付請求書）

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住 所  
 対象者が未成年の 氏 名  
 場合、保護者等 電 話  
 補助対象者との続柄（本人・\_\_\_\_\_）

白井市がん患者アピアランスケア助成事業の助成を受けたいので、白井市がん患者アピアランスケア助成事業助成金交付要綱第6条の規定により申請（請求）します。

対象者	住 所	白井市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(西 曆)	
申請回数		1 初回の申請	2 2回目以降の申請	(前回と変更なければ振込口座は記入不要です)
振込先 (申請者)	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	本店・支店 支店番号 ( )
	口座番号	普通 ・ 当座 (該当区分に○)	番号	
	フリガナ			
	口座名義人	(申請者と同一にしてください)		
助成対象費用	区 分	①	② (複数ある場合)	③ (複数ある場合)
	(該当区分に○)	ウィッグ・胸部補整具・エビテーゼ	ウィッグ・胸部補整具・エビテーゼ	ウィッグ・胸部補整具・エビテーゼ
	購入(レンタル開始)日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入等金額 税込	円(ア)	円(イ)	円(ウ)
	助成対象額	円 (上記ア～ウの合計)		
申請 (請求) 額	円 (上記助成対象額の1/2 千円未満切り捨て 上限5万円)			
確認事項 (□にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 申請日時時点で本市の住民基本台帳に記録されている (住民票が白井市の住所) <input type="checkbox"/> がんと診断され、現在治療中又は過去に治療を受けたことがある者で、治療に伴う外見の変化を補うためのウィッグ等を購入・レンタルしている <input type="checkbox"/> 他の自治体が実施する類似の助成を受けていない (18歳以下の方は特例あり)			
同 意 書				
本助成を審査するため、以下の事項について同意し、申請します。				
1 この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報を確認すること				
2 白井市から医療機関に治療内容及び購入・レンタル先に内容を照会すること				

添付書類

- がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類（診断書、治療方針計画書、化学療法に関する説明書等）の写し
- ウィッグ等の購入又はレンタルに係る領収書
- 振込口座がわかるものの写し（振込先記載の場合）