

様式第 1 号（第 5 条関係）

北本市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）北本市長

（申請者）住所

氏名

続柄 電話番号

北本市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第 6 条の規定により、同意事項に同意の上、次のとおり申請及び請求します。

助成対象者	氏名	☐ 申請者と同じ		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	住所	北本市 ☐ 申請者と同じ 電話番号			
助成対象経費	区分	☐ ウィッグ等		☐ 補正下着、 人工乳房及び人工乳頭	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	購入額	ア 円		イ 円	
	助成上限額	ウ 1 0 , 0 0 0 円		エ 1 0 , 0 0 0 円	
	助成対象額	オ 円 【ア又はウのいずれか低い額】		カ 円 【イ又はエのいずれか低い額】	
申請額		円 【オ+カの合計】			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・組合		本店・支店 支所・出張所	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

次のいずれにも同意できる場合に助成金交付の対象となりますので、確認の上、☐にチェックを入れてください。

☐ 当該助成金交付の審査にあたり、市税の納税状況について、関係する担当課に照会することに同意します。

☐ 当該助成金交付の審査にあたり、必要がある時には医師の意見を求めることに同意します。

☐ 過去に他の法令等に基づくアピアランスケア用品の各区分と同種の助成金等を受けていません。

*ある場合：助成等をうけた日付（ 年 月）

区分 (☐ ウィッグ等 ☐ 補正下着、人工乳房及び人工乳頭)
自治体名等 ()

☐ 当該助成金の交付の審査にあたり、必要な場合は従前の住所地の自治体等に過去の助成金等交付状況を確認すること、医療機関に治療内容を確認すること及びアピアランスケア用品の購入先に購入内容を確認することに同意します。

【添付書類】

- (1) ☐ がん治療を受けた及び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
(例) がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等
- (2) ☐ アピアランスケア用品の購入に係る領収書の原本（氏名、購入日、金額、品目、発行者名の記載があるもの）
- * ☐ 領収書返却希望（希望者は☐ にチェックを入れてください。）