様式第１号（第５条関係） 　　　　　　　　　　　 （表）

がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 　 月　 日

南城市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との関係：　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

南城市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金の交付が決定した場合は、助成決定額を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象がん患者 | フリガナ  |   | 生 年 月 日  |
|  氏 名  |  | 年　　 月　　 日  |
|  住 所  | 〒 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 [ ] 申請者と同じ |
| がんの治療状況  | 医療機関名及び診療科  |   |
| 主治医名  |   |
| 治療方法  | [ ] 手術 [ ] 薬物治療 [ ] 放射線治療 [ ] その他（ ）  |
| がん治療を受けている又は受けたこと及びがん治療に伴う外見の変化を証明する書類  | [ ] 診断書 　[ ] 診療（入院）計画書 　[ ] 診療明細書　[ ] お薬手帳[ ] 医療行為同意書　　[ ] その他（ 　　　　　　　　　　　　　 ）  |
| 助成対象経費等 | 補整具の区分  | 頭髪補整具  | 乳房補整具  |
| 左房用  | 右房用 |
| 補整具の種類・内容 ※複数ある場合はそれぞれ記載  |   |   |   |
| 購入年月日（領収書の日付） | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 領収書の名前及び交付対象者との続柄  |  　　　　（続柄 ）  |  　　　　　　（続柄 ） |  　　　　　　　（続柄 ） |
| 購入費用計（税込）  | ① 　　　　 　　円  | ③ 　　　　 　　円 | ⑤ 　　　 　　 　円  |
| 助成対象額  | ②　　　　　　　　　 円（①又は20,000円のどちらか少ない方の額）  | ④  　　　　　 　　 円 （③又は20,000円のどちらか少ない方の額）  | ⑥  　　　　 　　 　円 （⑤又は20,000円のどちらか少ない方の額）  |
| 助成金交付申請金額（※②、④、⑥の合計額を記入してください。）  | 円  |
| 振込先申請者の名義 | 金融機関名 |  | 本・支店名 | 本店・支店 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人（フリガナ） |  |

（裏）

（添付書類）

(1)　がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた又は現に受けていることが確認できる書類の写し

(2)　補整具の購入に係る領収書の原本及びその明細書（購入日、購入金額、金額内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、購入した助成対象補整具の品名等の記載のあるもの）

(3)　現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。対象者が未成年である場合は、対象者の者に加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、南城市において確認が可能な場合は省略可。）

(4)　申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかる預金通帳の写し

(5)　前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

 確認事項（以下の確認事項に同意のうえ申請があったものとみなします。）

１　過去に県内他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成は受けていません。

２　本申請の審査に必要な場合、市が住民基本台帳の確認及び医療機関等に内容を照会することに同意し

ます。

３　虚偽の申告等を理由に市から助成金の返還を請求されても、異議を申し立てません。

南城市記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成金決定金額 |  | 申請受理年月日 |  |
| 決定年月日（承認・不承認） |  | 整理番号 |  |
| 特記事項 |