

野々市市がん患者アピランスケア購入費助成事業交付申請書

年 月 日

野々市市長 宛

申請者 住所（〒 ）

氏名

対象者との続柄

電話

野々市市がん患者アピランスケア購入費助成事業交付要綱第5条第1項の規定により、必要書類を添えて次のとおり申請します。 （太枠内をご記入ください）

対象者	(フリガナ)			生年月日		
	氏名			年 月 日		
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒 野々市市		電話 () -		
対象費	補整具の種類	ウィッグ（保護用ネット等含む）		乳房補整具（左・右）		
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用（A）	円（税込）		円（税込）		
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人 (対象者と同一)					
市長が本申請に係る審査を行うに当たり、住民基本台帳の閲覧及び医療機関・購入先に対し内容を照会することに同意します。 対象者氏名（未成年者の場合は保護者自署） _____						
添付資料	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類（※1） （化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等） <input type="checkbox"/> 補整具の領収書等、購入した日、金額及び商品がわかる書類（※2）					

※ここから下の欄は記入しないでください

(A) の 1/2 の額 (B)	円（千円未満切捨）	円（千円未満切捨）
(B) 又は2万円（限度額）の低い方	円	円

※1 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（ウィッグの場合、対象者名・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診療明細書等。乳房補整具の場合、対象者名・乳房切除術・医療機関名が記載されている手術説明書等。）

※2 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）