

四街道市長 様

申請者 住所  
氏名

※対象者が未成年の場合、法定代理人（保護者等）が申請し以下を記入  
(助成対象者との続柄 )  
(生年月日 年 月 日)  
(電話番号 )

四街道市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

四街道市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条第1項の規定により、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

(□は該当箇所に✓をしてください)

助成対象者	氏名	フリガナ ( )		住所	四街道市
	生年月日	年 月 日	( 歳)	電話番号	
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法	
				手術・薬物療法・放射線療法 その他 ( )	
区分	医療用ウィッグの購入	購入等年月日	購入額 (税込)	助成申請額	
		年 月 日	円	上限額3万円又は購入額(税込)のいずれか少ない方の額(千円未満切り捨て) 円	
	胸部補整具・エピテーゼの購入	購入等年月日	購入額 (税込)	助成申請額	
		年 月 日	円	上限額2万円又は購入額(税込)のいずれか少ない方の額(千円未満切り捨て) 円	
過去の助成交付の有無	過去の本事業(他市含む)の同区分の助成の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(今回の助成は対象外)				

(振込先)

金融機関名		店名	店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

裏面も必ず記入してください

(申告・同意事項)

以下の事項を確認し、□に✓のうえ、署名をお願いします。

- 過去に四街道市や他自治体において医療用補整具購入に係る同区分の助成を受けていません。
- 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- 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について、四街道市が調査することに同意します。
- 四街道市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

署名日 年 月 日

署 名

(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の**写し**（診断書や治療方針計画書等）
- ※ がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類であって、助成対象者の氏名及び医療機関名等が記載されているもの
- 補整具の購入に係る領収書（宛名、購入日、購入品目、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）の**原本**
- 振込先が確認できるもの**写し**
- 助成対象者と申請者が異なる場合：  
（同一世帯）申請者の身分証明書の写し  
（別世帯）申請者の身分証明書の写しと委任状