

指宿市長 殿

窓口で書類確認後に記入します。

指宿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兼請求書

私は、指宿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7条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

申請者	フリガナ	イブスキ タロウ		対象者との続柄				
	氏名	指宿 太郎		夫				
	住所	〒 891-0497 指宿市十町2424番地		電話 090-1234-5678				
対象者	フリガナ	イブスキ ハナコ		生年月日				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（以下記載不要） 指宿 花子		昭和〇年〇月〇日				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（以下記載不要） 〒		電話 090-8765-4321				
がんの 治療 状況	医療機関名 及び診療科	〇〇病院 〇〇科		金額の訂正はできません。 金額を間違えた場合は書類の書き直しが必要です。				
	主治医名	〇〇 〇〇医師						
	治療方法	手術・化学・放射線・その他（ ）						
過去の受給の有無	※過去に購入費助成を受けたことがある場合は、「有」に〇を付けてください。 ウィッグ等（有・無） 胸部補整具（有・無）							
助成対象 経費	申請区分	ウィッグ等		胸部補整具				
	購入年月日	令和〇年〇月〇日		令和〇年〇月〇日				
	購入金額	A 80,000円（税込）	D 7,000円（税込）					
	助成限度額	B 20,000円	E 10,000円					
	助成対象額	C（A又はBのうちいずれか少ない額） 20,000円	F（D又はEのうちいずれか少ない額） 7,000円					
助成申請額	27,000円（CとFの合計を記入してください。）							
振込先	金融機関名	指宿（銀行） 農業協同組合 信用金庫（ ）		菜の花（本店支店）				
	預金種別	口座番号		口座名義人（カタカナ）				
	普通・当座・その他（ ）	0	1	2	3	4	5	6

ウィッグ等、胸部補整具を使用する方が「申請者」とならない場合、「委任状（第2号様式）」も必要です。

※口座名義が申請者と異なる場合

上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。

委任者（申請者）氏名 指宿 太郎

委任者（申請者）の印

印

受任者 住所 指宿市十町 2424 番地

氏名 指宿 花子

申請者との続柄： 妻

申請者の口座への振り込みが基本ですが、それ以外の方の口座に振り込む場合に記入してください。

添付書類

- (1)がんの治療を受けていることを証明する書類の写し（治療方針計画書、診療明細書等）
- (2)助成対象物品を購入したことを証明する書類（領収書等）※原本が必要です。
- (3)申請者の本人確認ができる書類の写し（運転免許証（両面）、マイナンバーカード（顔写真のある面）等）  
※申請を委任する場合は、委任者の本人確認書類も必要。
- (4)助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等の名義及び口座番号が確認できるものの写し
- (5)委任状（第2号様式）（申請者と対象者が異なる場合）※対象者が未成年の場合を除く。
- (6)その他市長が必要と認める書類

提出前に確認してください。