

池田市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）池田市長

下記のとおり必要書類を添えて助成金の交付を申請及び請求します。  
 なお、審査にあたり必要があるときは、市が住民登録情報や世帯全員の市税の滞納の有無に関する情報等を確認すること、医療機関や購入先に治療・購入内容を照会することに同意します。また、申請内容に偽りがあった場合や過去に同一内容の助成を受けており支給要件に該当しなかった場合には交付を受けられないことに同意します。

（申請者） （自署）	氏 名			助成対象者との関係	
	住 所	生年月日	年 月 日		
		電話番号			

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人（太枠内の記入は不要）				
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる（太枠内を記入。申請者が助成対象者の親権者、法定代理人、その他市長が認める場合以外は助成対象者が自署すること）				
	私は上記申請者を代理人と定め、池田市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付要綱に基づく手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。				
	氏 名				
	住 所	池田市	生年月日	年 月 日	
		電話番号			

購入した 補整具	内 容	<input type="checkbox"/> 【1】ウィッグ（髪付き帽子・保護ネット含む） ※ウィッグ付属品、ケア用品は対象外			
		<input type="checkbox"/> 【2】乳房補整具（補整下着、人工乳房・乳頭のいずれか） ※人工乳房は、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものは除く			
	購入額	円	購入日	年 月 日	

交付申請・請求額	円 (購入額の1/2の額。円未満切り捨て。上限2万円)
----------	--------------------------------

振込先	金融機関	銀行 金庫 農協 組合	支店名	
	(フリガナ) 口座名義		口座番号	普通 ・ 当座

※申請者（または助成対象者）の口座に限る

<添付書類>

- がん治療を受けた又は受けていること、及び治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除や部位のわかる医療機関発行の書類（がん治療に関する説明書や治療計画書、診断書など）
- 購入品の領収書（購入日、金額記載、かつ品目として【1】ウィッグは『ウィッグ』、『髪付き帽子』、【2】乳房補整具は『補整下着』『人工乳房』『人工乳頭』と記載のあるもの）
- 振込先金融機関の通帳またはキャッシュカード（金融機関名、支店名または店番号、口座番号、口座名義のフリガナが分かるもの）

窓口受付者
-------