

豊見城市がん患者アピランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊見城市長

申請者 住所

氏名 (自署)

助成対象者との続柄 ()

電話番号

豊見城市がん患者アピランスケア支援事業実施要領により下記のとおり関係書類を添えて申請します。
また、申請に当たり助成金の交付が決定した場合は、助成決定金額を請求します。

交付対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	〒		電話番号(- -)	
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	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 医療行為同意書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
助成対象経費等	補整具の区分	頭髮補整具	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	① 円(税込)	③ 円(税込)	⑤ 円(税込)	
助成対象額	② (①又は20,000円のどちらか少ない方の額) 円	④ (③又は20,000円のどちらか少ない方の額) 円	⑥ (⑤又は20,000円のどちらか少ない方の額) 円		
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)				

(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写し及びその明細書の写し（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) 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
- (4) 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 今回申請する補整具は、他の都道府県や他の都道府縣市町村から助成を受けていません。
- 3 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
- 4 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。

豊見城市記載欄

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	