

天理市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

（宛先）天理市長

年 月 日

天理市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- 過去に天理市及び他の自治体を実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- 申請にかか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並びに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、天理市が調査することに同意します。
- 天理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。
- 申請内容に偽りがあった場合やその他不正な行為により助成金の支給を受けた場合は、助成費用を返還することに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)
	氏名		電話番号		
	住所	〒 -			
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下の項目の記入が 必要 ） ※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。			
	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)
	氏名		電話番号		
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> 対象者と同じ			
	助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ等		乳房補整具
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用 (A)	円(税込)		円(税込)	
	$(A) \times 1/2$ (B)	円 (※1000円未満切り捨て)		円 (※1000円未満切り捨て)	
	助成限度額 (C)	20,000円		20,000円	
	助成対象額	【(B)又は(C)のうちいずれか低い額】 ア 円		【(B)又は(C)のうちいずれか低い額】 イ 円	
助成申請額（※アとイの合計金額を記入してください。）				円	
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)		<input type="checkbox"/> 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）、住民票の写しなど） ※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） <input type="checkbox"/> 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。 原本に限る) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し）			
（申振込先）	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通 ・ 当座	口座名義人 (申請者と同一)	カナ 氏名	