

記入例

書類等に不備があり、連絡が取れない場合、補助金の交付ができないことがあります。記入における注意事項をご確認のうえ、記入漏れ等のないようにご提出ください。不明点は、担当までお問合せください。

記入における注意事項

① 申請する補整具の種類に○をつける。

② がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている本人。補助対象者が未成年の場合は、保護者。

③ 治療を証明する書類は、ウィッグの場合「脱毛の原因の治療内容」、乳房補整具の場合「乳房の変形が伴う治療内容」の記載があるもの。
※治療開始前の申請は不可。

④ 購入日の翌日から1年以内であること。領収書は申請者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があること。

様式第1号

アピランスケア用品購入費補助金交付申請書兼実績報告書 **①** **ウィッグ** (乳房補整具)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 岡崎市長

申請者 **②**

氏名	おかざき はなこ 岡崎 花子 ※
生年月日	昭和 ・平成・令和 24 年 3 月 27 日
住所	〒 444 - 8545 岡崎市若宮町2丁目1番地1
電話番号	(0564) 23 - 6639

※本人が自筆しない場合は、記名押印してください。補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

アピランスケア用品購入費補助金交付要綱に基づき、下記のとおり交付申請及び実績報告します。なお、申請内容について住民基本台帳を閲覧することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。また、本書に記載の内容(交付申請額除く)を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

記

対象者	ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名	岡崎市民病院		
	疾患名	乳がん		
	治療方法	手術・放射線 ③ 薬剤 その他 ()		
がん治療を証明する書類	③ 診療明細書 ・同意書 ・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	県内市町村からの過去の助成の有無	④ 無 ・ 有		
	購入年月日 (領収書の日付)	④ 令和○ 年 ○ 月 ○ 日	購入費用	30,500 円 (税込)
	補助金交付申請額	15,000 円	購入費用の1/2 (1,000 円未満切捨て) 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額	
振込先	金融機関の名称	銀行 岡崎 ⑤ 信用金庫 根石 支店 支店番号 0 6 3	本店 出張所	
	預金種別	⑤ 普通 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7	←左詰で記入	
	(ふりがな) 口座名義人	⑥ おかざき はなこ 岡崎 花子		

市処理欄 注) 口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

交付決定年月日	承認・不承認 年 月 日	決定金額	円
健管番号	過去の補助金交付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ウィッグ・乳房補整具)	
受給者番号	申請方法	窓口 ・ 郵送	

受付印

⑤ 預金種別の普通又は当座のいずれか該当するものを○で囲む。

⑥ 申請者の口座を記入。

※消えるボールペンでの記入は不可。

※訂正する場合、二重線と訂正印又はサイン(フルネーム)にて訂正。