

様式第1号

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

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者

ふりがな 氏名				※
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
住所	〒 -			
電話番号	( ) -			

※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。

アピア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	昭和・平成・令和		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			年月日	年 月 日		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名						
		疾患名						
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）					
がん治療を証明する書類		・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	無 ・ 有						
	購入年月日 (領収書の日付)	年	月	日	購入費用	円 (税込)		
	補助金交付申請額	_____ 円 <span style="font-size: small;">〔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〕</span>						
振込先	金融機関の名称	銀行 信用金庫 農業協同組合				本店 支店 出張所	支店番号	
	預金種別	普通当座	口座番号					←左詰で記入
	(ふりがな) 口座名義人							

注) 口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

市処理欄

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

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
2. 補整具の購入に係る領収書（原本）（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もの。）
3. その他市長が必要と認める書類（必要と認められた場合のみ。）