

様式第1号（第6条関係）

豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書

年 月 日

豊橋市長 様

申請者 住所 〒 -

氏名（自署）
補助対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、補助金の交付が決定した場合は、補助決定金額を請求します。

記

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<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変形等を証明する書類		・診療明細書 ・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・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	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	エビテーゼ
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用	① 円(税込)	② 円(税込)	③ 円(税込)
	補助対象額	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1円未満切り捨て 円	⑤ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1円未満切り捨て 円	⑥ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1円未満切り捨て 円
補助金交付申請額 (④・⑤・⑥の合計額を記入してください。)			円	
の(振込先)申請者	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			
<input type="checkbox"/> 他の手続等において領収書が必要となるため、領収書の返還を希望します。				

<誓約、同意事項> にチェック()を記入してください。

暴力団排除条例(平成23年豊橋市条例第2号)第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。

また、同条第1号に規定する暴力団又は暴力団員と密接な関係はありません。市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。

豊橋市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧及び、必要がある場合に、関係機関へ照会することについて同意します。

豊橋市記載欄

補助決定金額		申請受理年月日	
(承認・不承認) 決定年月日		整理番号	

(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、本人の氏名・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、本人の氏名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。エピテーゼ（人工乳房を除く）の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・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）（申請者または対象者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称・住所の記載があるもの。）