

様式第1（第5条関係）

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

（宛先）北名古屋市長

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

北名古屋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱に基づき、以下のとおり申請・請求します。なお、申請にあたり、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、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。

補助対象者	ふりがな			生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	〒 □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乳房の変形を証明する書類。 ※ いずれかを○で囲み、写しを添付してください。				
	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ）				
他からの補助の有無		有 ・ 無			

振込先	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				

補整具の種類	購入額（税込）	補助金交付申請額	補助決定金額
購入日（領収書の日付）		アの1/2又は、20,000円のいずれか少ない額。※1,000円未満切り捨て	（市記載欄）
ウィッグ 年 月 日	ア 円	イ 円	円
乳房補整具 年 月 日	ア 円	イ 円	円

（添付書類）

- 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。）
- 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者のフルネーム、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。）