様式第１号（第５条関係）

八幡浜市がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書

年　　月　　日

八幡浜市長　　様

（申請者）

住所　　八幡浜市

氏名

電話番号　　－　　－

対象者との関係　（　　）

頭髪補整具及びその他補整具の購入費の助成を受けたいので、八幡浜市がん患者へのアピアランスケア助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日生
対象者氏名			
住　所	〒 八幡浜市 電話　　－　　－		
がんの治療状況	医療機関名	主治医	治療方法
			手術・薬物療法・放射線治療 その他（　　）
同意書兼誓約書	上記申請に係る審査のために、住民基本台帳等の閲覧を行うことに同意します。国又は地方自治体並びに医療機関及び購入先等に対して、必要に応じて調査することに同意します。 助成を申請する補整具は、医療保険各法による医療の給付の対象となるものではありません。また、過去に国又は地方自治体において同一区分の助成を受けていないことを誓約します。 年　　月　　日　申請者氏名		
添付書類	□　がん治療を受けたこと又は現に受けていることを証明する書類 □　頭髪補整具及びその他補整具の購入日及び金額の明細が分かる書類（領収書等） □　預金通帳の写し　　□（弾性着衣の場合）医師指示書の写し		

市記入欄

頭髪補整具	購入年月日（最も早いもの）	購入額(税込み)	①頭髪補整具助成申請額※
		円	円
その他補整具	購入年月日（最も早いもの）	購入額(税込み)	②その他補整具助成申請額※
		円	円

助成申請額（①+②）
円

※申請額は３万円又は購入費（税込み）のいずれか少ない方の額

受給者番号	