

千葉県がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書（兼交付請求書）

年 月 日

（あて先）千葉市長

※1 申請者 住 所

ふりがな

氏 名

㊞

（自署の場合は押印不要）

対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

（対象者との続柄 _____ ）

（生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

（電話番号 _____ ）

千葉県がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、千葉県がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請（請求）します。

- ・過去に他自治体や千葉市において補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。
- ・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、千葉市が調査することに同意します。
- ・千葉市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒		
	連絡先	・日中連絡の取れる電話番号： _____（ _____ ） ・メールアドレス（ある方のみ）： _____		
診断名				
助成対象費用	区分	ウィッグ	胸部補整具	エピテーゼ
		(毛付き帽子及び同時に申請するネット含む)	(補整下着、補整パッド)	(人工の乳房・乳頭など体表に取り付けるもの)
	購入年月日 <small>(複数購入の場合は最も古い購入日を記載)</small>	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入合計額	ア _____ 円(税込)	エ _____ 円(税込)	キ _____ 円(税込)
	助成上限額	イ 50,000 円	オ 20,000 円	ク 50,000 円
助成対象額	【ア又はイのいずれか低い額】		【エ又はオのいずれか低い額】	
	ウ _____ 円	カ _____ 円	ケ _____ 円	
申請（請求）額		円（※ウとカとケの合計額を記入してください）		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 【☑をつけ、添付もれがないかご確認ください】 <input type="checkbox"/> 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書または治療方針計画書等の写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） <input type="checkbox"/> 補整具等の購入に係る領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 振込先が確認できるものの写し			
	金融機関名	銀行 信金 本店 信組 農協 支店		
	口座番号	普通・当座	口座名義人 (申請者と同じ)	カナ _____ 氏名 _____

※1 対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。

