

別記

様式第1号（第5条関係）

佐倉市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請求書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付規則第5条第1項の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

1. 佐倉市及び他の自治体を実施する医療用ウィッグ等（かつら）や胸部補整具の購入又は賃貸に係る同様の助成を過去に受けていません。

2. 申請に係る対象経費について、医療保険各法による保険給付の対象となる経費はありません。

3. 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、佐倉市が調査することに同意します。
（同意しない場合は、住民票の写しを添付してください）

4. 佐倉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。

5. 申請に当たっては佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付規則の内容を遵守します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)
	氏 名	㊞	電話番号		
			メールアドレス		
	住 所	〒 —			
区 分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要）				
	☐ 私は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、申請者に佐倉市がん患者アピアランスケア支援事業に係る一切の手続きを委任します。（申請者欄の以下の項目の記入が <u>必要</u> ）				
*対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。					
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)
	氏 名	㊞	電話番号		
	住 所	☐ 対象者と同じ（記載不要） 〒 —			続柄
助成対象経費	区 分	☐ 医療用ウィッグ（かつら）等		☐ 胸部補整具	
		例：医療用ウィッグ、装着ネット、医療用帽子等		例：補整下着、人工乳房（※1）、人工ニップル等 （※1）埋め込み式は除く	
	助成申請額	3万円又は購入費等のいずれか低い額 円（税込）		2万円又は購入費のいずれか低い額 円（税込）	

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 支所・出張所	
	口座名義 （※申請者名義）	カナ		口座番号	普通 ・ 当 座	
		氏名				

ゆうちょ銀行	記 号		番 号		店 名	
口座名義人	フリガナ		預金種目	普通 ・ 貯蓄		
	氏 名		口座番号			

添付書類	☐ 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、資格確認書等いずれか1つ）
	☐ がん治療を確認できる書類（がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し
	☐ 領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの。胸部補整具はその種類の記載があるもの。領収書の原本が提出できない場合にあっては、助成対象経費の支払額が確認できる書類）
	☐ 助成対象経費の明細が確認できる書類の写し（購入した場合に限る。）
	☐ 契約書の写し（医療用ウィッグ等を賃貸した場合に限る。）
	☐ 振込先金融機関の名義人及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し等）
	☐ 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類の写し