

別記

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（あて先）京田辺市長

京田辺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

京田辺市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。（□にチェック☑をしてください。）

- 過去に京田辺市又は他の自治体を実施する補整具購入に係る同様の助成を受けていません。
- 申請に係る助成対象経費について、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京田辺市が調査することに同意します。
- 京田辺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	年 月 日
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号	() -				
申請者	区分	□対象者本人を申請者として、申請します。（申請者覧の以下の項目の記入は不要） □下記の者を申請者として、委任します。（申請者覧の以下の項目の記入が <u>必要</u> ） ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。				
	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号	() -			対象者との関係	
助成対象補整具と金額	区分	ウィッグ等		乳房補整具（②又は③のいずれか）		
	種類	① ウィッグ等		② 補整下着		③ 人工乳房
	購入日	年 月 日		年 月 日		年 月 日
	購入費用（ア）	円		円		円
	アの1／2の額（イ）	円 ※1円未満切捨て		円 ※1円未満切捨て		円 ※1円未満切捨て
	上限額（ウ）	30,000円		20,000円		50,000円
	申請額 （（イ）又は（ウ）の少ない額）	円		円		円
申請額合計		円				

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
口座名義	(フリガナ)							

※ 振込先口座は申請者と同一にしてください。

- <添付書類> (1) 本人確認書類の写し（申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要）
- (2) がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- (3) 補整具の購入に係る領収書及びその明細書（いずれも原本に限る）
- (4) 振込先金融機関口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）の写し

【市記入欄】

受付日	年 月 日	受付者		届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人（続柄 ）
受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	返却物	<input type="checkbox"/> 領収書 （返却希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 本人確認書類	返却日	年 月 日

添付書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 外国人在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> がんの治療に伴う脱毛や乳房の変形を証明する書類の写し	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乳房の切除またはそれらのおそれが見込まれることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 医療機関が発行する診断書 <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書
	<input type="checkbox"/> 領収書及び明細書の原本	<input type="checkbox"/> 購入者名 <input type="checkbox"/> 購入日 <input type="checkbox"/> 購入金額 <input type="checkbox"/> 購入品目や個数等の明細 <input type="checkbox"/> 金額の内訳 <input type="checkbox"/> 領収書発行者名 ※乳房補整具は「補整下着」または「人工乳房」の記載があるもの
	<input type="checkbox"/> 振込先の写し	振込先口座は申請者と同一 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード

【担当記入欄】

審査	項目	有無	備考	決定年月日	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付 年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			助成決定額	<input type="checkbox"/> 円
	治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	購入日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 円		
	購入内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	振込先	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	助成歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				