

(あて先) 京田辺市長

訂正する場合は二重線を引き、印鑑を押して正しい情報をご記入ください

## 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。
- 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	たなべ はなこ		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日		
	氏名	田辺 花子					
	住所	〒610-0390 京田辺市田辺80番地					
	電話番号	( 0774 ) 64 - 1335					
申請者	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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必要） ※ 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		年	月	日
	氏名		月日				
	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	令和〇年〇月〇日		年 月 日		令和〇年〇月〇日	
	購入費用（ア）	85,535円				90,000円	
	アの1/2の額（イ）	42,767円 ※1円未満切捨て		円 ※1円未満切捨て		45,000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）	30,000円		円		45,000円	
申請額合計	75,000円						

## 振込先口座

金融機関名	〇〇〇	銀行・信用金庫 信用組合・農協	△△△	本店・支店
預金種別	普通	・ 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	(フリガナ) タナベ ハナコ 田辺 花子 (申請者と同一)			

※ 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

