様式（第５条関係）

年　　月　　日

国分寺市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成申請書兼請求書

　　国分寺市長　殿

申請者　住　所

氏　名

電話番号

助成対象者との続柄

　　国分寺市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金の交付について、国分寺市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり申請します。また、第６条の規定による交付決定を受けた場合は、当該交付決定の日をもって請求日とし、かつ、交付決定額を請求額として、同助成金を請求します。なお、この申請に係る審査に際し、国分寺市が住民基本台帳等公簿を閲覧することについて同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | □申請者と同じ（ここでは記入不要） |
| 電話番号 | □申請者と同じ（ここでは記入不要） |
| が ん の治療状況 | 医　療　機　関　名 | 治　療　方　法(該当するものを〇で囲む) |
|  | 手　術 ・ 放　射　線 ・ 薬　剤その他（ 　　　　　　　　　） |
| 購入又は借受け（レンタル）した補整具（該当するものの番号を〇で囲む） |
| １　医療用ウィッグ（装着時に必要なネットを含む）　　　　　　　　　　　　　　　２　毛付き帽子３　補整下着又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）４　弾性着衣 |
| 申請金額の算定 | 購入又は借受けの合計金額（ア） | 医療保険各法等による給付額（イ）※ない場合は０円 | 購入又は借受けの合計金額から医療保険各法等による給付額を控除した額（ウ：ア－イ） | 助成上限額（エ） | 助成金申請金額（ウとエのうち、いずれか低い額）※上限20,000円） |
| 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　　　　円 | 20,000円 | 　　　　　　　　円 |
| 本事業による助成歴（該当するものの番号を〇で囲む）※本事業による助成は助成対象者につき生涯で２回まで |
| １　有　（助成決定年月日：　　　　年　　　　月　　　　　日）　　　　２　無 |
| 申請の対象となる購入等費用について他の地方公共団体からの助成その他これに類するものの交付歴（要綱第４条第２項に定める医療保険各法等による給付は除く。） |
| １　有（※助成対象外となります。）　　　　　　　　　　　２　無 |

添付書類　※添付する書類について☑を記入してください。

□がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類の写し（診療明細書・治療計画書・お薬手帳等の写し）

□購入等に係る日付及び金額の明細が分かる書類の写し（領収書等の写し）

□その他

振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関コード | 店番 | 金融機関名 | 店名 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座種別 | 口座番号(右詰め) | 振込先がゆうちょ銀行(郵便局)のときは、振込用口座(店番３桁・口座番号７桁)を記入してください。 |
| 01：普通　02：当座 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| (カタカナ)口座名義 | 　 |
| (漢字)口座名義 | 　 |

※申請者と振込口座の名義人が異なる場合、委任状が必要となります。