様式第１号（第５条関係）

記入例

本庄市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

**○**年　**○○**月　**○○**日

（あて名）本庄市長

住　　所　**本庄市北堀１４２２－１**

申請者　氏　　名　**本庄太郎**

　　　　生年月日　**昭和○**年　**○○**月　**○○**日

電話番号　**０４９５－２４－２００３**

申請者と対象者が同じ場合は☑し、以下対象者欄の記入は不要です。

申請者と対象者が異なる場合は☑し、以下対象者欄を記入してください。

本庄市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、当該申請の審査に当たって市が行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、市税納付状況の確認）に係る調査について同意します。

１．対象者　□申請者と同じ　□申請者と異なる→以下の項目も記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  | 住　　所 |  |

　※対象者が１８歳未満の場合は保護者が申請者となります。

２．がんの治療状況

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | **○〇病院** |
| 疾患名 | **○〇がん** |
| 治療方法 | ・手術療法　・薬物療法　・放射線療法　・その他（　　　　　　　） |

３．対象経費

購入費用・申請額については、当課で内容を確認させていただきますので空欄でお願いします。(ご記入いただいた数字に誤りがあった場合、  
再度提出をしていただく場合があります。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補装具の種類 | ☑ウイッグ等 | ☑乳房補整具等 |
| 他からの補助の有無 | □有　☑無 | □有　☑無 |
| 購入品名 | **○○○○** | **○○○○** |
| 購入日 | **令和○**年　**○○**月　**○○**日 | **令和○**年　**○○**月　**○○**日 |
| ①購入費用(税込) | 円 | 円 |
| ②助成限度額 | １０，０００円 | １０，０００円 |
| 申請額 | ①の1/2または②のいずれか少ない方の金額 | |
| 円 | 円 |

４．振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | **○○**銀行・信用金庫  信用組合・農協 | | | | 支店名 | | **○○**　支店・本店  出張所 | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| (フリガナ)  口座名義人 | **ホンジョウ　タロウ** | | | | | | | | |
| **本庄　太郎**  原則対象者本人の口座となります。 | | | | | | | | |

※添付書類

　□がんの治療を受けたこと又は現に受けていることを証明する書類の写し

　□アピアランスケア用品の購入に係る領収書等の写し

　□助成金の振込先金融機関口座が確認できる書類（通帳、キャッシュカード等の写し）

　□その他市長が必要と認める書類