

あま市長 様

申請者 住所  
 氏名（自署）  
 助成対象者との続柄（ ）  
 電話番号（ ）

あま市がん患者アピアランスケア支援補助金交付申請書兼請求書

あま市がん患者アピアランスケア支援補助金交付要綱第5条の規定に基づき、以下のとおり申請します。なお、決定の上は、以下の振込先に補助金を振り込んでください。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳      ・治療方針計画書      ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄 )	(続柄 )	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			円	
			(あま市記載欄) 補助決定金額	円

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

(添付書類)

1. 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
2. がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類(ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容(抗がん剤名等)・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。)
3. 補整具の購入に係る領収書(原本)(購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。)

《確認事項》 にチェックを入れてください。  
審査に必要な情報(住民基本台帳等)の確認及び調査に同意します。

《確認事項》 にチェックを入れてください。  
愛知県内の他市町村で、過去にこの助成金を受けたことがありますか。  
ない ある