

甲府市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

（申請日） 年 月 日

（あて先） 甲府市長

関係書類を添えて、次のとおり補整具購入費用の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 市が下記の内容の確認のために住民基本台帳を閲覧すること
- 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
- 市から県に対し、市の補助実績に係る情報を提供すること

申請者	フリガナ		生年月日			
	氏名		年 月 日( 歳)			
	住所	〒 甲府市		電話 ( )		
今回の補整具について、他の制度による補助等を受けている、又は受ける予定がありますか。			はい ・ いいえ ※「はい」の場合、本補助を受けることができません			
補助対象補整具の種類(申請する補整具に <input checked="" type="checkbox"/> )			購入金額(税込)	購入日		
<input type="checkbox"/>	ウィッグ(部分用や頭皮保護用のネットを含む。)		円	年 月 日		
<input type="checkbox"/>	乳房用の補整下着(下着とともに使用するパッドを含む。)	左・右・両方 (いずれかに○)	円	年 月 日		
<input type="checkbox"/>	人工乳房(乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。)	左・右・両方 (いずれかに○)	円	年 月 日		
補助申請額	円 (購入額または補助上限額の合計) (※補整具ごとの補助上限額 ウィッグ:2万円 補整下着:2万円 人工乳房:10万円)					
振込先 ※申請者と同名義の口座をお書きください	金融機関名		本支店名			
	預金種別	普通・当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義					
添付書類 (必須)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(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に限る。)</li> <li>● 対象補整具の購入に係る支払い手続きが完了したことを証明する書類(申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数などの記載のあるもの。)</li> <li>● 振込先の口座の通帳などの写し(カナ名義及び口座番号が確認できるもの。)</li> </ul>					

市記入欄	補助決定額	円
------	-------	---