

泉大津市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

●●年 ●月 ●日

泉大津市長 様

申請者 住所 **泉大津市宮町2-25**

氏名 **泉大津 花子** 印

続柄 **本人** TEL **0725-33-8181**

(未成年の場合の申請者は法定代理人となります)

泉大津市がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付について必要書類を添えて申請しますので、指定口座への振込を依頼します。

なお、助成金の交付決定に当たり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、医療機関に治療内容を照会すること及び補正具購入先に購入内容を照会すること、また、本申請書及び請求書は、市において助成金を交付することを決定した後は、交付決定日を助成金の請求日とした請求書として取り扱うことに同意します。

| | | | | | | |
|-----------|---|--|------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| 申請者 | ふりがな | イズミオツ ハナコ | | 生年月日 | ●●年●●月●●日生 (●●歳) | |
| | 氏名 | 泉大津 花子 | | | | |
| | 住所 | 〒 595-0013 泉大津市宮町2-25 | | 電話番号 | 0725-(33)-8181 | |
| 助成対象者との続柄 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 (助成対象者欄(太枠内)の記入は不要) <input type="checkbox"/> 代理人等(続柄:) (助成対象者欄(太枠内)の記入が必要) | | | | | |
| 助成対象者 | ふりがな | | | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | |
| | 住所 | 〒 - | | 電話番号 | () | |
| 助成対象費用 | ウィッグ | 27,500 | 円 | 購入日 | ●●年 ●●月 ●●日 | |
| | 乳房補正具 | <input type="checkbox"/> 補正下着 <input type="checkbox"/> 補正パッド <input type="checkbox"/> 人工乳房 | 円 | 購入日 | 年 月 日 | |
| 交付申請・請求額 | ウィッグ購入費 (助成限度額2万円) | 金 | 2 0 0 0 0 | 円 | (円未満切り捨て) | |
| | 乳房補正具購入費 (助成限度額2万円) | 金 | | 円 | | |
| 交付申請・請求額 | | 金 | 2 0 0 0 0 | 円 | | |
| 振込先口座 | ※助成金の振込先口座は「申請者」のものに限ります。異なる場合は別紙の「委任状」が必要です。 | | | | | |
| | 金融機関名 | ●●●● | | 銀行 金庫 信用組合 農協 | 支店 出張所名 | ●●●● 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 普通 | 当座 | ふりがな | イズミオツ ハナコ 泉大津 花子 | |
| 口座番号 | ●●●●●●●● | 口座名義人 | | ※振込先口座は「申請者」のものに限ります。 (左詰記) | | |

※ 添付書類

- 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書など
- 補正具の購入に係る領収書(購入した日、品名、金額の記載のあるもの。ただし、医療用ウィッグにあたっては医療用であることが、乳房補正具にあたっては医療用の補正下着、補正パッド又は人工乳房であることが備考等に記載されているもの)
- 【申請者が代理人の場合】
代理人の本人確認書類
(マイナンバーカード、運転免許証(両面)、健康保険証(両面)、住民票の写しなどのいずれか一点)
- 【申請者が遺族等の場合】
申請者(遺族等)の本人確認書類、同一生計であることの確認書類、その他必要な書類
(本人確認書類は代理人の本人確認書類と同一条件。同一生計であること、その他必要な書類については、必ず事前に下記問い合わせ先にご相談ください。)
- 振込先金融機関の通帳又はカードの写し

口座名義人が「助成対象者」と異なる場合は、「委任状」に署名が必要です。