

守口市がん患者のアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

守口市長 殿

年 月 日

守口市がん患者のアピアランスケア助成金の交付について、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		対象者との 続柄	
	住所	〒570-	電話番号	—

上記の申請者と同じ

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
		〒570-	守口市	

購入した補整具	補整具の種類	医療用ウイッグ等 (毛付き帽子等を含む)	乳房補整具(ア又はイのいずれか)		
			(ア)人工乳房、人工乳頭		(イ)補整下着
			(右)	(左)	
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入額	円	円	円	円
	助成限度額	30,000円	20,000円	20,000円	20,000円
助成対象額	円(A)	円(B)	円(C)	円(D)	

※助成対象額について、下記の点にご留意ください。

- 1 補整具の購入額と助成限度額のいずれか低い方の金額をご記入ください。
- 2 送料は助成対象外ですので、送料を除いた金額を助成対象額としてご記入ください
- 3 ポイント等で割引を受けた場合は、割引後の金額を助成対象額としてご記入ください。

申請額	円(A+B+C又は A+Dの合計)
-----	----------------------

振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店 支店・支所	普通 当座
	フリガナ		口座番号	
	口座名義			

同意事項	※守口市がん患者のアピアランスケア助成事業における申請をするには、全てに同意する必要があります。 ※同意する場合は、□にチェックを入れてください。
	<input type="checkbox"/> 過去に守口市及び他の自治体が実施する「医療用ウィッグ、補整具等」購入費用購入にかかる同様の助成を受けていません。
	<input type="checkbox"/> 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
	<input type="checkbox"/> この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について、守口市が調査することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 守口市から必要に応じて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に同意します。
	<input type="checkbox"/> この申請に係る内容に偽りがあった場合や相違があり、助成の対象者の要件に該当しなかつた場合には、償還払いでの助成した金額を返還することに同意します。

委任状

※「対象者と申請者が異なる」場合や「対象者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望する」場合にのみ下欄に記入してください。

私は、守口市がん患者のアピアランスケア助成事業において、(申請・受領・申請及び受領)にかかる全ての権限を、下記の者に委任します。

委任者 (対象者)	氏名		
	住所		
受任者 (申請者) (口座名義人)	氏名		続柄
	住所		

添付書類	<input type="checkbox"/> 申請者本人の確認書類(マイナンバーカード、運転免許書等) ※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要
	<input type="checkbox"/> がんと診断され、その治療を受けていることが分かる書類の写し(医師の診断書、治療方針計画書等)
	<input type="checkbox"/> 購入した補整具の領収書の原本(購入者、購入日、購入品目及び購入額、発行者が記載されているもの)
	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関の名義、口座番号が確認できるものの写し(通帳またはキャッシュカード)