

がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）印西市長

印西市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次の事項について確認・同意の上申請します。

- 印西市及び他の自治体を実施するウィッグや胸部補整具の購入又はレンタルに係る同様の助成を過去に受けていません。
- 申請に係る対象経費について、医療保険各法による保険給付の対象となる経費はありません。
- 印西市が所有する公簿等により、申請者および対象者の世帯全員の住民票及び印西市税の納税状況を確認することに同意します。なお、このことについて、私の属する世帯員の同意を得ています。
- 印西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場合があることに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日	年	月	日	
	氏名			電話番号				
	住所	〒 ー						
申請者	申請者区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人（申請者欄の記入不要） <input type="checkbox"/> 対象者の家族（      ）（以下の申請者欄に記入） <input type="checkbox"/> 対象者が18歳未満のため、保護者が申請（以下の申請者欄に記入）						
	ふりがな			生年月日	年	月	日	
	氏名			電話番号				
病名等	住所	〒 ー <input type="checkbox"/> 対象者と同じ（記載不要）						
	病名等							
	医療機関名							
助成対象経費等	ウィッグ	購入日	年	月	日	購入等費用		申請額
		レンタル期間	年	月	日	円（税込）		3万円または購入等費用のいずれか低い額
	胸部補整具	購入日	年	月	日	購入等費用		申請額
			年	月	日	円（税込）		2万円または購入等費用のいずれか低い額
振込先	金融機関コード				支店番号			
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協			支店名 (店名)	本店・支店 出張所		
	口座名義人				普通貯蓄 口座番号			

【添付書類】

- 対象者の本人確認書類の写し  
(マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書等いずれか一つ)
- 申請者が対象者でない場合は、申請者の本人確認書類の写し
- がん治療を確認できる書類  
(がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書等の写し)
- 領収書の原本  
(宛名、購入日、購入金額、購入品目の明細、金額の内訳、領収書発行者の名称等の記載のあるもの)
- 複数の購入がある場合は、各品目ごとの明細が確認できるもの
- 契約書の写し  
(医療用ウィッグをレンタルした場合など)
- 振込先金融機関、支店、口座名義人、及び口座番号等が確認できるものの写し  
( (例) 通帳の表紙及び表紙裏)