

町田市長 様

町田市がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金交付申請書

下記のとおり助成金を交付していただきたく、補助金等の予算の執行に関する規則第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。
なお、申請にあたり確認の必要がある場合は、町田市が住所等の住民記録の閲覧や、医療機関へ治療内容及び購入先に購入内容を照会することについて同意します。

記

申請者	フリガナ		生 年 日 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 町田市	電 話 番 号	— —
	助成対象者との続柄	本人以外の場合は（ ）にご記入ください。 本人 ・ （ ）		
※申請者と対象者が異なる場合のみ記入 助成対象者 (がんの治療をされた方)	フリガナ		生 年 日 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 町田市	電 話 番 号	— —
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	
			治療方法 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目			
	<input type="checkbox"/> 2回目 1回目の申請内容 助成決定年月（ 年 月）、自治体名（ ）			
購入（レンタル）した対象品目	購入（レンタル）品目	購入（レンタル）年月日		購入（レンタル）経費
	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> エビテーゼ <input type="checkbox"/> その他（ ）	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日		ア：合計 円
	申請する品目が複数個ある場合は、それぞれの購入年月日、購入経費の合計額を記入してください。			
申請金額の算定				助成金申請金額
ア×1/2の金額 ※100円未満切り捨て		助成金上限額		
イ	ウ	イ又はウのいずれか低い額		エ
円	30,000円	円		円
添付資料	<input type="checkbox"/> がん治療を受けていること又は過去に受けていたことを証明する書類 治療証明書・医療行為同意書・診療明細書・お薬手帳(抗がん剤名記載ページ等のコピー（ウィッグ・帽子の助成申請は 脱毛原因の治療内容(抗がん剤名など)が確認できるもの、胸部補整具・エビテーゼの助成申請は外科的治療等による外 見の変化が確認できるもの)			
	<input type="checkbox"/> 領収書などの購入や購入金額及び購入日（レンタルやリースの場合、利用額と利用開始日）が確認出来る書類の原本 (書類には助成対象者の名前が記載されていること)			

◎個人情報の取扱いについて

この申請により得られた個人情報は、当該助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。