

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。

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 ・ ()		
申請者と助成対象者が異なる場合のみ助成対象者欄の氏名、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。				
助成対象者	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 手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 その他 ()	
購入 (レンタル) したウィッグ又は胸部補整具 ()	購入 (レンタル) 年月日		購入 (レンタル) 経費	
	年 月 日		ア 円	
過去の助成歴	1 有 助成決定年月 (年 月)、自治体名 () 補整具の種類 (ウィッグ ・ 胸部補整具) 助成回数 (ウィッグ: 回 ・ 胸部補整具: 回)			
	2 無			
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	イ又はウのいずれか低い額	エ
イ	ウ	エ		円
円	20,000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する書類 (お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等) のコピー (ウィッグの助成申請は脱毛の副作用がある治療を受けていることが確認できるもの、胸部補整具の助成申請は乳房の切除をしたことが確認出来るもの) <input type="checkbox"/> 領収書など医療用ウィッグ等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)			
<input type="checkbox"/> 町田市から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いたします。				