堺市がん患者アピアランスケア推進事業助成申請書

年 月 日

堺市長 殿

がん患者を対象としたウィッグ・人工乳房等の補整具の購入に要した費用の助成を受けたいので、堺市がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付の決定があったときは、決定金額について請求しますので、次の口座に振り込んでください。

以下の項目における□欄は、該当する部分に☑を入れてください。

<p>※助成対象者が18歳未満である場合はその法定代理人(保護者)が申請者となります。</p>				
申請者	フリガナ		生年月日	年齢
	氏名			歳
	郵便番号	〒	電話番号	
	現住所			
	E-mail			
	助成対象者との関係	☐ 本人 ☐ 法定代理人(保護者) ☐ その他() <small>※その他の場合は委任状が必要です。</small>		
<p>※申請者と助成対象者が同一人物である場合は、「住民票住所欄」のみ記入してください。</p>				
助成対象者	フリガナ		生年月日	年齢
	氏名			歳
	郵便番号	☐ 申請者と同じ 〒	電話番号	☐ 申請者と同じ
	現住所	☐ 申請者と同じ		
	住民票住所	☐ 現住所と同じ		
申立項目	<p>助成申請については、以下の(1)から(4)の申立項目の確認・同意が必須となります。内容をご確認のうえチェック☑を入れてください。</p> <p>☐ (1)過去に堺市又は他の公的機関による同様の助成等を受けていません。</p> <p>☐ (2)過去に本事業の同一区分の助成を受けていません。</p> <p>☐ (3)医療保険各法による医療に関する給付等を受けていません。</p> <p>☐ (4)堺市において助成の審査に必要があると認めるときは、以下の点について同意します。</p> <p>①住民基本台帳・公簿等を確認すること。</p> <p>②堺市から医療機関に治療内容等を問い合わせること。</p> <p>③堺市から補整具購入先業者等に購入内容等を問い合わせること。</p> <p>④過去の助成金等の受領状況等について、官公署等に問い合わせること。</p>			
	治療状況	医療機関名	診断名	治療方法 ☐ 手術 ☐ 薬物 ☐ 放射線 ☐ その他()
助成対象経費	区分	1. ウィッグ等	2. 補整下着	3. 人工乳房等
	補整具の種類等	ウィッグ、毛付き帽子 ※装着時の保護ネットを含む。	補整下着 ※パッドを含む。	人工乳房、人工乳頭等 補整用人工物 ※直接肌に張り付けるもの ※治療箇所に応じた数を限度とする。
	購入日	年 月 日 ※複数購入の場合は最も古い購入日を記載	年 月 日 ※複数購入の場合は最も古い購入日を記載	年 月 日
	購入額(税込)	(ア) 円 ※複数購入の場合は合計額を記載	(エ) 円 ※複数購入の場合は合計額を記載	(キ) 円 ※複数購入の場合は合計額を記載
	助成上限額	(イ) 30,000円	(オ) 20,000円	(ク) 50,000円
	助成対象額	【(ア)又は(イ)のうちいずれか低い額】 (ウ) 円	【(エ)又は(オ)のうちいずれか低い額】 (カ) 円	【(キ)又は(ク)のうちいずれか低い額】 (ケ) 円
<p>助成申請額 ※(ウ)と(カ)と(ケ)の合計額を記入してください。</p>				円
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別		☐ 普通	フリガナ
			☐ 当座	口座名義人
		口座番号		