

様式第 1 号（第 5 条関係）

碧南市がん患者アピアランス補整用具購入費助成事業申請書

年 月 日

碧南市長 様

申請者 住所 碧南市
氏名（自署）
助成対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

碧南市がん患者アピアランス補整用具購入費助成事業実施規程に基づき、以下のとおり申請します。

対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	住 所	〒 ☐ 申請者と同じ		
確 認 事 項	私は、以下の事項を全て確認しました。（□にチェック（ ☒ ）を記入してください。） ☐ 過去に県内市町村から、同種の補整具について本事業による補助を受けていません。 ☐ 申請内容について住民基本台帳を参照することや必要に応じ関係機関等に問い合わせることに同意します。			
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・診療明細書 ・治療方針計画書 ・診断書 ・同意書 ・お薬手帳 ・その他 （ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
助 成 対 象 経 費	補整用具の種類	ウィッグ	乳房補整具	
	補整用具について他からの助成有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	
	助成対象額	③（①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額 ※1 円未満切り捨て） 円		④（②の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額 ※1 円未満切り捨て） 円
助成交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			円	

(添付書類)

1 がん治療を受けた又は現に受けていることがわかる書類（診療明細書、治療方針計画書、診断書、同意書、お薬手帳など）

ウィッグ：対象者名・診断名・脱毛原因の治療内容（治療の副作用として脱毛の記載がある）もしくは使用した薬剤名のわかるもの・医療機関の記載があるもの

乳房補整具：対象者名・診断名・乳房切除術・医療機関名の記載があるもの

2 補整用具の購入に係る領収書（原本）

申請者氏名（フルネーム）、購入日、購入金額、品名、領収書発行者名の記載があるもの。

※領収書原本の返却を希望する場合、領収書のコピーも持参してください。