

北斗市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

北斗市長 様

〒

申請者

住所

氏名

(助成対象者との続柄)

生年月日 年 月 日

電話

標記助成金の交付を受けたいので申請します。  
また、申請内容の確認等に必要な場合は、助成対象者の住民登録の確認及び医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

|                                                                      |                       |                                                                                                                                                       |  |                                |       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|-------|
| 対象者<br><small>※申請者と同一の場合省略可</small>                                  | フリガナ                  |                                                                                                                                                       |  | 生年<br>月 日                      | 年 月 日 |
|                                                                      | 氏 名                   | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                                           |  |                                |       |
|                                                                      | 住 所                   | 〒 電話番号                                                                                                                                                |  |                                |       |
| 治療<br>状況                                                             | 医療機関名                 |                                                                                                                                                       |  | 診療科                            |       |
|                                                                      | 治療方法                  | <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                 |  |                                |       |
| 過去の受給の有無                                                             |                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補正具 <input type="checkbox"/> エピテーゼ ) |  |                                |       |
| 助成<br>対象<br>経費                                                       | 区 分                   | <input type="checkbox"/> ウィッグ                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> 胸部補正具 |       |
|                                                                      | 補正具の内容<br>及び<br>購入年月日 | 内容等                                                                                                                                                   |  | 内容等                            |       |
|                                                                      |                       | 購入日 年 月 日                                                                                                                                             |  | 購入日 年 月 日                      |       |
|                                                                      | 購入費用計<br>(税込)         | ① 円                                                                                                                                                   |  | ② 円                            |       |
|                                                                      | 助成対象額                 | ④ 円                                                                                                                                                   |  | ⑤ 円                            |       |
|                                                                      |                       | ①又は2万円のいずれか少ない額                                                                                                                                       |  | ②又は2万円のいずれか少ない額                |       |
|                                                                      |                       |                                                                                                                                                       |  | ③又は2万円のいずれか少ない額                |       |
| 助成金交付申請金額 (④+⑤+⑥)                                                    |                       |                                                                                                                                                       |  | 円                              |       |
| 振込先<br><br><small>※対象者の口座<br/>※対象者が未成年<br/>である場合は申請<br/>者の口座</small> | 金融機関名                 |                                                                                                                                                       |  |                                |       |
|                                                                      | 本・支店名                 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> ( )                                                                                              |  |                                |       |
|                                                                      | 預金種別                  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座                                                                                               |  | 口座番号                           |       |
|                                                                      | (フリガナ)<br><br>口座名義人   |                                                                                                                                                       |  |                                |       |

※対象者（対象者が未成年の場合は申請者）以外の口座を振込先とする場合は「委任状」が必要です。

※添付書類

- 1 ☐ 対象者および申請者の本人確認の写し  
※マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写しなど
- 2 ☐ 治療方針計画書、診療明細書、がん治療に関する説明書、診断書等の写し  
(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除、  
または、それらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し)
- 3 ☐ 領収書（対象者または申請者の氏名、購入年月日、購入金額、購入品目等明細、  
金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補正具は「補正下着」  
「補正パッド」の記載があるもの。）
- 4 ☐ 振込先口座の通帳等の写し  
(振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるもの。通帳、キャッシュカード  
の写し)

注意１：対象者が、未成年の場合は、保護者が申請してください。

注意２：対象者（本人）以外の方が申請する場合のほか、助成金の受領について対象者（本人）  
以外の振込先とする場合は、別記様式第１号別紙「委任状」が必要です。

※対象者が未成年の場合は不要です。

保健福祉課 健康推進係

TEL 0138-73-3111

FAX 0138-74-2510