

様式第1号（第5条関係）

北斗市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

北斗市長 様

〒

申請者

住所 _____

フリガナ

氏名 _____ 印 _____

(補助対象者との続柄)

生年月日 _____ 年 月 日

電話 _____

北斗市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第5条の規定により申請します。
 また、申請内容の確認等に必要な場合は、補助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 <small>※申請者と同一の場合省略可</small>	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	□ 同上		年月日	年 月 日
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			
治療状況	医療機関名			診療科	
	治療方法	□ 手術 □ 放射線 □ 薬剤 □ その他 ()			
過去の受給の有無		□ 無 □ 有 (□ ウィッグ □ 胸部補正具 □ エピテーゼ)			
他自治体で同様の補助を受けていません。			はい□		いいえ□
補助対象経費	区分	□ ウィッグ	□ 胸部補正具	□ エピテーゼ	
	補正具の内容及び購入年月日	内容等	内容等	内容等	
		購入日	購入日	購入日	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用計(税込)	① _____ 円	② _____ 円	③ _____ 円	
補助対象額	④ _____ 円 <small>①又は2万円のいずれか少ない額</small>	⑤ _____ 円 <small>②又は2万円のいずれか少ない額</small>	⑥ _____ 円 <small>③又は2万円のいずれか少ない額</small>		
補助金交付申請金額 (④+⑤+⑥)					円

※添付書類

- 1 対象者及び申請者の本人確認書類の写し（郵送で申請する場合のみ）
※マイナンバーカード、運転免許証等
- 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（対象者又は申請者の氏名、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。）

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。

保健福祉課 健康推進係

TEL 0138-73-3111

FAX 0138-74-2510