

## 蓮田市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書及び請求書

年 月 日

(宛先)

蓮田市長

(申請者) 住所

氏名 印

続柄 電話番号

蓮田市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第4条の規定により、同意事項に同意の上、次のとおり申請及び請求します。

① 対象者	フリガナ		生年月日				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	大正・昭和 平成・令和 西暦 年 月 日				
	住所	蓮田市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
② 助成対象経費	補正具の種類	①ウィッグ等		②補正具、エピテーゼ等			
	物品名※裏面参照						
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日			
	購入費用	①	円(税込)	②	円(税込)		
	助成上限額	③	30,000 円	④	20,000 円		
助成対象額	⑤ ①または③のいずれか少ない方の額 円		⑥ ②または④のいずれか少ない方の額 円				
申請額		⑤+⑥ ※千円未満切捨て		0	0	0	円
③ 振込先	金融機関名	銀行・ 信用金庫	本・支店名	本店 支店			
	口座種別	普通・当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						
がんの治療を 証明する書類	<input type="checkbox"/> 薬物療法に関する説明書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※いずれかに☑し、添付してください						

## 同意・確認欄 (以下の項目を確認し、チェック欄 (□) にレを入れてください)

- 当該助成金の交付の審査に当たり、市税の納税状況について、関係する担当課に照会することに同意します。
- 当該助成金の交付の審査に当たり、必要があるときには医師の意見を求めることに同意します。
- 過去に他の市町村 ( 埼玉県内、県外を含む ) から今回の申請する補正具の区分での助成は受けていません。

## 添付書類

- (1) がんの治療に伴う脱毛又は身体の欠損が生じたことを証明する書類の写し  
例) 薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等
- (2) 助成対象経費の支払を証明する書類  
(購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの)

## 助成内容

助成対象物品、助成額及び助成回数は以下のとおりです。  
付属品、ケア用品及び郵送費等は対象外となります。

区分	助成対象物品	助成額	助成回数
ウィッグ等	ウィッグ、部分ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	30,000 円又は 実際に要した費用（付属品、ケア用品及び郵送費等を除く）のいずれか少ない額	1 回
補整具等	胸部補整下着、胸部補整パット、ノンワイヤーソフトブラ、人工ニップル	20,000 円又は 実際に要した費用（付属品、ケア用品及び郵送費等を除く）のいずれか少ない額	1 回
エピテーゼ	人工乳房、顔面の補綴、その他補整用人工物		

## 申請期限

アピアランスケア用品を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日