様式第1号（第6条関係）

甲州市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）　甲州市長

甲州市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、甲州市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

なお、この申請にあたり次のことについて同意します。

・ 助成要件確認のため、市が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること

・ 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること

・ 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | |  | | | | |  | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | |
| ※ 助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 助成対象者 | ふりがな | |  | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | |  | | | | |  | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | |
| 今回の医療用補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。 | | | | | | | | | | はい ・ いいえ | |
| 医療用補整具の種類 | | | | | | | 購入金額（税込） | | | | 購入日 |
| □ | 医療用ウィッグ等 | | | | | | 円 | | | |  |
| □ | 補整下着及びパット | | | | 左・右・両方 | | 円 | | | |  |
| □ | 人工乳房 | | | | 左・右・両方 | | 円 | | | |  |
| 助成申請額 | |  | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | |  | | 本支店名 | | |  | | |
| 預金種別 | | | 普通・当座 | | 口座番号 | | |  | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 口座名義 | | |  | | | | | | | |