

第1号様式（第5条関係）

昭島市がん患者へのアピアランスケア支援助成金交付申請書兼請求書

令和 6 年 5 月 21 日

（宛先）昭島市長

訂正には押印が必要です
朱肉を使う印鑑をご使用ください

昭島市がん患者へのアピアランスケア支援事業要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、申請に係る審査のため、昭島市が住民基本台帳を確認すること及びがんの治療状況を確認するため、関係医療機関や調剤薬局等へ診療明細等の診療情報を照会することについて同意します。

申請者	フリガナ	アキシマ イサナ	生年月日	平成 2 年 7 月 24 日
	氏名	昭島 鯨	電話番号	080-XXXX-XXXX
	住所	昭島市 昭和町4-7-1		
	対象者との続柄	本人 ・ （ 母 ） ※対象者本人又は同一世帯の方が申請できます。		

申請者と助成対象者が異なる場合は、以下の氏名、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。

助成対象者	フリガナ	アキシマ ミミ	生年月日	令和元 年 12 月 15 日
	氏名	昭島 美水	電話番号	080-XXXX-XXXX
	住所	昭島市 昭和町4-7-1		

助成対象(がん罹患者)のかたが未成年など、申請者と異なる場合はご記入ください

		昭島くじらホスピタル	
		令和6 年 1 月～	
	治療方法	①手術 ②放射線 ③薬剤 ④その他 ()	
補整具	種別	①購入 ②レンタル	
	種類	①ウィッグ ②毛付き帽子 ③胸部補整具	
	購入(レンタル)日	令和 6 年 5 月 11 日	

金額の算定

経費 (ア)	助成上限額 (イ)	(ア) と (イ) のいずれか低い額 (ウ)	助成金請求額 (ウ)
69,850 円	50,000 円	50,000 円	50,000 円

(ア)購入またはレンタル費を記入(税込。送料・手数料等は除く)
(ウ)50,000円もしくは「経費(ア)」の、低い方の金額を記入

金融機関名	●▲● 銀行	支店等の名称	●◆● 本店・支店
口座種別	普通 当座	口座番号	9 8 7 6 5 4 3
フリガナ	アキシマ イサナ	ゆうちょ銀行の場合、支店名は漢数字三桁(二三八など)になります	
口座名義人	昭島 鯨		

口座名義人は申請者と同一

(裏面に続く)

【申請に必要な書類】

- ✓ ①申請書兼請求書
- ✓ ②がん治療を受け

申請に必要な書類がすべて揃っているか
ご確認ください
書類が不足していたり、記入内容に不備がある場合は
助成金をお支払いできません

薬手帳、治療方針計画書、その他がん治療の受診が確認できる書類）（写し）

- ✓ ③補整具を購入等したことが確認できる領収書等の原本（助成対象者の名前、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書の発行者の名称の記載があるもの）

- ✓ ④振込先の口座番号、口座名義

- ✓ ⑤申請者の本人確認書類（写し）

マイナンバーカードの写しを本人確認書類として
使用の場合は、**表面のみ**添付してください

※法律等の規定により交付

（例）運転免許証、パスポート、マイナンバーカード（表面）、療育手帳等

※法律等の規定により交付された書類、その他身分を証する書類の場合は2点

（例）健康保険証、年金手帳、印鑑登録証明書、預金通帳、社員証等

※ 必要書類が不足している場

預金通帳は、振込先口座の確認のための書類と
本人確認の書類を兼ねることができます
（※本人確認のためにはもう1点書類が必要です）
銀行・支店・口座番号・名義が記載されている
ページの写しを添付してください

【確認事項】

申請日時点で昭島市に住民登録がある	☒ はい	☐ いいえ
必要書類がすべて揃っている	☒ はい	☐ いいえ
口座名義人は申請者と同一である	☒ はい	☐ いいえ
過去に本市又は他の地方公共団体が実施する同種の助成、給付等を受けていない	☒ はい	☐ いいえ

※事務処理欄

市が使用する欄です
（記入不要）

確 認	☐ 振込先口座		
	☐ 本人確認書類		