

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

年 月 日

（宛先）昭島市長

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		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	昭島市		
	対象者との続柄	本人・（ ） ※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		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	昭島市		

がんの治療状況	医療機関名	
	治療開始時期	年 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	年 月 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）
円	50,000 円	円	円

助成金の振込先口座

金融機関名		支店等の名称	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									

（裏面に続く）

【申請に必要な書類】

- ①申請書兼請求書（この書類。訂正がある場合は該当箇所に申請者の押印が必要）
- ②がん治療を受けている（受けた）ことを証明する書類（診療明細書、診断書、お薬手帳、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、口座名義人がわかるもの（通帳の口座番号欄の写しなど）
- ⑤申請者の本人確認書類（写し）

※法律等の規定により交付された顔写真付きの書類の場合は1点

（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合、追加の書類を求めることがあります。

【確認事項】

申請日時点で昭島市に住民登録がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
必要書類がすべて揃 <sup>そろ</sup> っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
口座名義人は申請者と同一である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※事務処理欄

確 認	<input type="checkbox"/> 治療の証明書類	收受印	交付決定金額
	<input type="checkbox"/> 領収書（明細） <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 本人確認書類		