

## 京丹後市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

<申請者>（助成金の交付を受けようとするかたの情報を記入します。）

京丹後市長 様		(申請日)		年	月	日
<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（対象者欄の項目の記入は不要） ※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。 <input type="checkbox"/> 過去に対象となる補整具購入にかかる同様の助成を京丹後市及び他の自治体から受けていません。 <input type="checkbox"/> 助成金の交付に関し、市が申請者又は助成対象者の住民基本台帳を参照すること及び必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。						
フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名		個人番号	—この手続では記入は不要です—			
		日中連絡先				
住所		対象者との関係	申請者から見て			

<助成対象者>（実際に補整具を使用するかたの情報を記入します。）

フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名		個人番号	—この手続では記入は不要です—			
		日中連絡先				
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					

<申請内容>（助成対象補整具と申請額の詳細を記入します。）

申請額合計	円		
補整具	ウィッグ等	乳房補整具（④又は⑤のいずれか）	
種類	<input type="checkbox"/> ①ウィッグ <input type="checkbox"/> ②毛付き帽子 <input type="checkbox"/> ③装着用ネット	<input type="checkbox"/> ④補整下着 ※下着とともに使用するパッドを含む	<input type="checkbox"/> ⑤人工乳房 ※体内に埋め込まれたものを除く
購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入費用 (A)	円	円	円
(A)の1/2の額 (B)	円 ※1円未満切捨て	円 ※1円未満切捨て	円 ※1円未満切捨て
助成限度額 (C)	30,000 円	10,000 円	30,000 円
助成対象額 (B) 又は (C) のいずれか少ない額	円	円	円

<受取口座>（※原則として申請者本人の口座を指定してください。）

口座名義人	カナ											
郵便局の通帳	通帳の記号				通帳の番号							
					—							
銀行の口座	口座番号											
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店	<input type="checkbox"/> 普通										
	支店	<input type="checkbox"/> 当座										

### 市処理欄

本人確認	来庁者	添付書類	受付	決定年月日
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特永証 <input type="checkbox"/> 年手帳 <input type="checkbox"/> 障手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他 代理権確認手段	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 補整具の購入にかかる領収書及び明細書（原本） <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	審査 助成決定額 円