

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金交付申請書兼請求書

（あて先）日野市長

令和 年 月 日

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請いたします。また、補助金決定後は、その決定額を請求します。なお支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。また、申請にあたり、日野市長が、補助対象者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

補助対象者	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日（歳）
	TEL			
がんの治療状況	医療機関名			
	治療開始時期	年	月から	
	治療方法	①手術 ②放射線 ③薬剤 ④その他（ ）		
購入（レンタル）した補整具	種別	購入(レンタル)年月日	購入(レンタル)額	合計金額(ア)
	医療用ウィッグ等	年 月 日	円	円
	乳房補装具	年 月 日	円	
申請金額の算定	購入（レンタル）合計金額（ア）	補助上限額（イ）	（ア）と（イ）のいずれか低い額（ウ）	補助金申請金額（ウ）
	円	20,000 円	円	円
確認事項	☐ 申請にかかる対象経費について、過去、または他の法令等に基づく同種の補助等の受給の有無 有・無			
添付書類	☐ がん治療を受けている（受けた）ことを証明する書類 ①お薬手帳 ②診療明細書 ③治療計画書 ④その他（ ） ☐ 領収書の原本及びその明細書原本			
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座
	口座番号		金融機関コード	店番号
	口座名義人	(フリガナ)		
	※上記申請者と同一			
※口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。 【委任状】 私は、上記の口座名義人に当該補助金の受領について委任いたします。 年 月 日 （申請者）氏名				