年　　月　　日

海南市長　様

申請者（対象者又は保護者）　住　　所　海南市
氏　　名
電話番号

海南市がん患者アピアランスケア補助金交付申請書兼請求書

海南市がん患者アピアランスケア補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請内容確認のため、市が保有する補助対象者の個人情報を閲覧すること並びに補助対象者の病名及び治療方法について医療機関に照会することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">補助対象者</td><td>フリガナ
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生 年 月 日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療用補整具の種類</td><td>ウイッグ</td><td>乳房補整下着</td><td>人工乳房・人工乳頭
右側・左側・両方</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>年　　月　　日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入費用</td><td>円（税込）</td><td>円（税込）</td><td>円（税込）</td></tr>
<tr><td colspan="2">補助金申請額</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="3">補助金請求額（申請額の合計）</td><td colspan="2">, 000 円</td></tr>
<tr><td colspan="2">他自治体からの助成の有無</td><td colspan="3">□　あり　　□　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先（申請者と同じ）</td><td>金融機関</td><td>銀行・金庫
農協・組合</td><td colspan="2">本店・支店・本所
支所・出張所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ
口座名義</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">※代理申請欄（代理による申請及び請求（並びに受領）を行う場合の記入）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">代理人</td><td>フリガナ
氏　　名</td><td></td><td>対 象 者
との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">私は、市へのがん患者アピアランスケア補助金の申請、請求及び受領のほか、市が行う個人情報の閲覧及び病名・治療方法に関する医療機関への照会の同意に関する権限を上記代理人に委任します。
委任者　氏　名</td></tr>
</table>

【添付書類】
①がん治療を受けたこと、又は現に受けていることが確認できる書類
②がん治療に伴う脱毛が認められること、又は手術による乳房の形の変化が確認できる書類
③申請しようとする医療用補整具の購入費用の領収書（補助対象者の氏名、医療用補整具の購入日、購入した医療用補整具の種類、購入個数及び購入金額がわかるもの）の写し
④上記添付書類の他、治療内容や医療用補整具の確認のため必要とする書類

決定日