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。

補助対象者の	病名及び	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。	
フリガナ 氏 名									生年月日	
助									年 月	日
療用補整具の種	ウイッグ			乳房補整下着				人工乳房・人工乳頭 右側・左側・両方		
購入年月日		年	月	日	3	年	月	日	年 月	日
購入費用	円(税込)			円(税込)			즈)	円(税込)		
補助金申請額			円				円		円	
補助金請		目請額の合計)							, 00	00 円
体からの助成	□ あり		なし	_						
金融機関 振請 込 先 フリガナ		銀行・金庫					本店・支店・	本所		
		農協・組合							支所・出	張所
者 預金種別		普通 •	普通 • 当座			口座番号				
先 同 リガナ リガナ し										
口座名義										
※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)										
フリガナ 代 氏 名 理						対 邹	象者			
		との続柄								
住序	所									
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										
	ではがは()<	フリガナ 氏 名 住 所 産用補整具の種類 購入年月日 購入年月日 購入申請額 補助金請求額(甲 体からの助成の有無 金融機関 預金種別 フロ座名理による甲 市間(代ガカ名 住 がん患者を関 て、市への治療方法に関	フリガナ 氏 名 住 所 京用補整具の種類 ウイ 購入年月日 年 購入年月日 年 購入年月日 年 購入年月日 年 購入年月日 年 構助金申請額 」あり 金融機関 普通 可りガナ 日座名義 申請欄(代理による申請及び請求 フリガナ 氏 名 住 所 本に関する医療機関 本任者 氏 本に対療方法に関する医療機関 本任者 氏	フリガナ 氏 名 住 所 (株)	フリガナ 氏 名 住 所 使 所	フリガナ 氏名 住所 (株) 藤用補整具の種類 ウイッグ 乳房 購入年月日 年月日 円 構助金申請額 円 (税込) 補助金請求額(申請額の合計) 日本し 銀行・金庫農協・組合 強融機関 豊盛・当座 口座番 フリガナロ座名義 中請欄(代理による申請及び請求(並びに受領)を行う場 フリガナ氏名 名 住所 本に関する医療機関への照会の同意に関する任者氏名 会任者氏名	フリガナ 氏 名 住 所 藤田補整具の種類 ウイッグ 乳房補整 購入年月日 年 月 日 年 開入費用 円 (税込) 開補助金申請額 円 補助金請求額 (申請額の合計) 体からの助成の有無 □ あり □ なし 銀行・金庫 農協・組合 預金種別 普通・当座 □座番号 フリガナ □座名義 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 フリガナ 氏 名 住 所 な 名 住 所 また 名 との で	フリガナ 氏 名 氏 名 住 所 対象者 住 所 蘇月補整具の種類 ウイッグ 乳房補整下着 購入年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 円 (税込) 円 (税込) 円 (税込) 円 (税込) イスション (税込) 円 (税込) 円 (税込) 円 (税込) 円 (税込) 日本 (本からの助成の有無 日 あり 日 なし 日本 (本からの助成の有無 日 あり 日 なし 日本 (本がらの助成の有無 日 あり 日 なし 日本 (本がらの助成の有無 日 あり 日 なし 日本 (本がらの助成の有無 日 まり 日本 (本がらの助成の有無 日 まり) 日本 (本がらの助成の表) 日本 (本がらの記入) 日本 (本がらのがん患者アピアランスケア補助金の申請、請求及び受領のが病名・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目を任者 氏 名	フリガナ 氏 氏 名 住 所 蘇用補整具の種類 ウイッグ 乳房補整下着 購入年月日 年 月 日 購入費用 円 円 円 補助金申請額 円 円 円 体からの助成の有無 □ あり □ なし 金融機関 農協・組合 円 円 万リガナ 口座番号 ロ座番号 ロ座番号 フリガナ 大 名 との続柄 住 所 よ、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が病名・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表任者 氏 名	氏 名 住 所

決定日

【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