

安曇野市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

申請者兼請求者 住 所

フリガナ

氏 名 ㊞ （助成対象者との続柄）

*対象者が未成年の場合は法定代理人氏名を記入

電話番号

安曇野市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

助成対象者	フリガナ				生年月日
	氏 名	□申請者と同じ			年 月 日 (歳)
	住 所	□申請者と同じ			
	電話番号	□申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名及び診療科		主治医名	
		治療方法	□手術 □薬物治療 □放射線治療 □その他 ()		
がん治療を証する書類		□診断書 □診療（入院）計画書 □診療説明書 □その他 ()			
助成対象経費	補整具の区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他補整具
			左房用	右房用	
	補整具の内容及び購入年月日（領収書の日付） ※複数ある場合はそれぞれ記載				
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用計（税込）	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の1／2の額	② 円 (①の1/2の額、1,000円未満切捨)	⑤ 円 (④の1/2の額、1,000円未満切捨)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、1,000円未満切捨)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、1,000円未満切捨)
	助成対象額	③ 円 (②又は20,000円のどちらか少ない金額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円のどちらか少ない金額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円のどちらか少ない金額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円のどちらか少ない金額)
助成金交付申請金額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）			円		
振込先口座		口座種別・番号	普通 ・ 当座		
金融機関名		フリガナ			
支店名		口座名義人			
申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。 記 上記口座名義の者を代理者として、助成金の受領を委任します。 委任者（申請者） 住所 氏名 ㊞ 受託者（口座名義人）住所 氏名 (続柄)					

裏面の同意書等も必ずご記入ください。

2 同意書

審査に当たり、助成対象者の住民基本台帳並びに市税並びに夜間急病センターの診察料及び手数料の納付状況の照会及び閲覧に同意します。

また、市から県内の他市町村に対する助成状況の照会及び医療機関に対する治療状況の照会を行うことに同意します。

署名（申請者）㊞

署名（助成対象者）㊞

※申請者と助成対象者が異なる場合のみ記入及び押印

3 確認事項

※内容を確認し、該当項目にレ点チェックの上、必要事項を記入してください。

- ☐ 過去に長野県内の他市町村から今回の申請区分での助成は受けていません。
- ☐ 申請する補整具は、国又は他の自治体が別に購入費用を負担したものではありません。
- ☐ 助成対象者は暴力団員ではありません。また、暴力団又は暴力団と密接な関係を有する者ではありません。

（該当する場合のみ以下にご記入ください。）

申請日が補整具を購入した日の属する年度の翌年度の4月から2月になった理由は、以下のとおりです。

交付を取り消され、又は交付する額を超える助成金が交付されたため、助成金の返還を求められたときは、納期日までに助成金を返還します。

なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付をした額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。