

別記様式（第5関係）

（表）

長野市がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

申請者 住 所

氏 名 (続柄) 連絡先

アピアランスケアに係る補整具の購入に要した費用の助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 対象者、助成対象経費等

対象者	フリガナ			生年月日	
	氏 名			年 月 日	( 歳)
	住 所	〒			
	電話番号				
がんの治療状況 (実績)		医療機関名 及び診療科			
		主治医名			
		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他( )		
がん治療を受けている又は受けたことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療(入院)計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> 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
			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円未満切捨て)	⑤ 円 (④の1/2の額、1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、1,000円未満切捨て)
助成対象額	③ 円 (②又は20,000円のどちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円のどちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円のどちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円のどちらか少ない方の額)	
助成金交付申請額(③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください)					円
振込先指定口座 (申請者の名義)	ふりがな				
	口座名義				
	金融機関名		店舗名		
	口座種別		口座番号		
助成決定金額(この欄は、市で使用します)					円

