

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	頭髮補正具	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	

(裏)

2 誓約及び同意事項

過去に県内他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成は受けていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回申請する補整具は、国、他の都道府県又は他の都道府県市町村から助成を受けていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
虚偽の申告等を理由に市から助成金の返還を請求されても、異議を申し立てませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
助成金の交付の申請に当たり、市が所有する私の住民情報を閲覧することに同意します。	申請者氏名 _____
申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は、以下のとおりです。 (該当する場合のみ記載してください。)  _____ (記載例： がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等)	