様式第１号（第５条関係）

白岡市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）白岡市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　白岡市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、白岡市補助金等の交付手続等に関する規則第６条の規定により次のとおり申請します。

１　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 白岡市 | 電話番号 |  |

２　助成対象経費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アピアランスケア用品の種類 | 医療用ウィッグ | 乳房補整具及びエピテーゼ |
| 購入日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 購入費用  (税込)　　　① | 円 | 円 |
| 助成上限額　　② | ３０，０００円 | ２０，０００円 |
| 助成対象額  （①と②のいずれか少ない額） | 円 | 円 |
| 申請額  （助成対象額の合計） | 円 | |

※　添付書類

　⑴　がん治療に関する説明書、医師の診断書、治療方針の計画書等その他のがん治療を受けて

　　いること又は抗がん剤を使用していることが分かる書類

　⑵　対象者の氏名、アピアランスケア用品の購入日、品目、金額等が記載された領収書

　⑶　その他市長が必要と認める書類