様式第1号（第5条関係）

多久市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

多久市長　宛

　　　　年　　　月　　　日

多久市アピアランスケア支援事業助成金について関係書類を添付し、次のとおり申請します。

申請者

〒

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　年　　　月　　　　日

電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | （フリガナ）  氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | 多久市　　多久町 | | |
| 連絡先（電話番号） |  | | |
| がんの治療状況 | 医療機関名 |  | | |
| 主治医氏名 |  | | |
| 治療開始時期 | 年　　　月から | | |
| 治療方法 | 手術・放射線・薬剤・その他（　　　　　　） | | |
| がん治療を受けていることを証する書類 | お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 補正用具が  必要な理由 |  | | | |
| 購入した  補正用具 | 種　別 | ウイッグ・乳房補正具（人工乳房・補正下着） | | |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 申請金額の算定（上限20,000円） | | | 助成金申請額（ウ） | |
| 購入金額 | アの1/2 | 20,000円又は  イのいずれか低い額 |
| ア　　　　　　円 | イ　　　　　円 | ウ　　　　　　　円 | 円 | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　信金　信組　農協 | | |
| 本・支店名 | 本店・（　　　　　　　）支店  　　　　　　出張所・代理店 | | |
| 預金種別 | 普通　　当座 | | 口座番号 |
| （フリガナ） |  | |  |
| 口座名義人 |  | |

添付書類

1. がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書（がん治療を受けたまたは現に受けていること及びがん治療に

伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。）

1. 補正具の購入にかかる領収書（申請者の氏名、購入した年月日、合計金額、品名、金額、台数（個数）の記載のあるもの。これに加え、医療用ウイッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着または人工乳房であることが備考欄に記載されているもの。写し可。）
2. 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義および口座番号が確認できるものの写し