

旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

（宛先）旭川市長

〒

（申請者）

住所

氏名

(助成対象者との続柄)

生年月日 TSHR 年 月 日

電話 - -

アピアランスケア助成金の交付を受けたいので申請します。
また、申請内容の確認等に必要の場合は、助成対象者の住民登録の確認及び医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

対象者 ※申請者と同一の場合省略可	フリガナ			生年月日	TSHR 年 月 日	
	氏 名	☐ 同上				
	住 所	〒 - 電話番号 - -				
治療状況	医療機関名			診療科	科	
	治療方法	☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 ☐ その他 ()				
過去の受給の有無		☐ 無 ☐ 有 (☐ ウィッグ ☐ 胸部補整具 ☐ エピテーゼ)				
助成対象経費	区 分	☐ ウィッグ	☐ 胸部補整具		☐ エピテーゼ	
			右房用	左房用		
	補整具の内容及び購入年月日	購入年月日 年 月 日	購入年月日 年 月 日	購入年月日 年 月 日	購入年月日 年 月 日	
	購入費用計(税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円	
	購入費用計の1/3の額	② 円 ①×1/3 千円未満切捨て	⑤ 円 ④×1/3 千円未満切捨て	⑧ 円 ⑦×1/3 千円未満切捨て	⑪ 円 ⑩×1/3 千円未満切捨て	
	助成対象額	③ 円 ②又は2万円の少ない方の額	⑥ 円 ⑤又は2万円の少ない方の額	⑨ 円 ⑧又は2万円の少ない方の額	⑫ 円 ⑪又は2万円の少ない方の額	
助成金交付申請金額 (③+⑥+⑨+⑫)				円		
振込先 ※対象者の口座 ※対象者が未成年である場合は申請者の口座	金融機関名	銀行 信金 信組 農協				
	本・支店名	☐ 本店 ☐ () 支店 支所				
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					

※対象者（対象者が未成年の場合は申請者）以外の口座を振込先とする場合、「委任状」が必要です。