

（宛先）茂原市長

申請者 住所
氏名

※対象者が未成年の場合、法定代理人（親権者等）が申請し以下を記入
 （助成対象者との続柄 ）
 （生年月日 年 月 日）
 （電話番号 ）

茂原市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

茂原市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条第1項の規定により、
 必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

（□は該当箇所に√をしてください）

助成対象者	氏名	フリガナ（ ） 男・女		住所	茂原市
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		電話番号	
がんの 治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法	
				手術・薬物療法・放射線療法 その他（ ）	
区分	医療用 ウィッグ	購入又は レンタル開始年月日	金額（税込）	助成申請額	
		年 月 日	円	上限額3万円又は購入・レンタルに要する金額（税込）のいずれか少ない方の額 （千円未満切り捨て） 円	
	胸部補整 具及びエ ピテーゼ	購入又は レンタル開始年月日	金額（税込）	助成申請額	
		年 月 日	円	上限額2万円又は購入・レンタルに要する金額（税込）のいずれか少ない方の額 （千円未満切り捨て） 円	
過去の助成 交付の有無	過去の本事業（他市含む）の同区分の助成の有無 □なし □あり				

裏面も必ず記入してください

(振込先)

金融機関名		店名	店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

(申告・同意事項)

以下の事項を確認し、に✓のうえ、署名をお願いします。

- 過去に茂原市や他自治体において医療用補整具購入又はレンタルに係る同区分の助成を受けていない、又は助成を受けたが上限額に達していません。
- 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- この事業の実施に関し、必要な戸籍謄本及び住民基本台帳に記載された情報並びに市税の納付状況について、茂原市が調査することに同意します。
- 茂原市から医療機関に治療内容及び購入又はレンタル先に購入又はレンタル内容を照会することに同意します。

年 月 日

本人署名

(添付書類)

- がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の**写し**（診断書や治療方針計画書等）
※がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類であって、助成対象者の氏名及び医療機関名等が記載されているもの
- 医療用補整具の購入又はレンタルに係る領収書（宛名、購入・レンタル開始日、品目、金額、領収書発行者の名称の記載があるもの）の**原本**
- 振込先が確認できるものの**写し**
- 助成対象者と申請者が異なる場合：（同一世帯）申請者の身分証明書の写し
（別世帯）申請者の身分証明書の写しと委任状
- その他必要書類()