

<豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書 記載例>

様式第1号（第6条関係）

記入例

豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書

令和4年 8月 1日

豊橋市長 様

申請者 住所 豊橋市中野町字中原100番地
氏名（自署） 豊橋花子
補助対象者との続柄（本人）
電話番号（0532-39-9136）

豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、豊橋市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、補助金の交付が決定した場合は、補助決定金額を請求します。

なお、申請に当たり豊橋市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧及び、必要がある場合に、関係機関へ照会することについて同意します。

記

対象者	ふりがな	とよはし はなこ		生年月日	昭和54年 9月 30日
	氏名	豊橋 花子 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院			
	疾患名	乳がん			
	治療方法	手術・放射線・薬剤 その他（ ）			
がん治療を受けた又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		<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無・有		無・有	
	購入年月日（領収書の日付）	令和4年 5月 20日		令和4年 4月 2日	
	領収書の名前及び本人との続柄	豊橋花子（続柄 本人）		豊橋花子（続柄 本人）	
	購入費用	① 35,656 円（税込）		② 113,560 円（税込）	
	補助対象額	③ ①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額 ※1円未満切り捨て 17,828 円		④ ②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額 ※1円未満切り捨て 20,000 円	
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）					37,828 円
の（振込先申請者）	金融機関名	XX銀行		本・支店名	豊橋 本店・支店
	口座種別	普通・当座		口座番号	△△△△△△△
	口座名義人フリガナ	トヨハシ ハナコ			
<input checked="" type="checkbox"/> 他の手続等において領収書が必要となるため、領収書の返還を希望します。					

代理申請の場合は委任状が必要です。その場合、補助金交付は申請者名義の口座になります。

日中つながる電話番号を記入してください。

がん治療を証明する書類に○を付け、その写しを添付してください。詳細はホームページの「治療を証明する書類」をご確認ください。

「有」の場合は補助対象となりません。

補助は①ウィッグ、②乳房補整具各1回限りです。複数購入した場合は、1回にまとめて合計額で申請してください。

申請者名義の振込先口座を記入してください。

領収書の返還が必要な場合はを入れてください。

この欄は記入不要です。

豊橋市記載欄

補助決定金額		申請受理年月日	
(承認・不承認) 決定年月日		整理番号	