

記入例

申請日を記入してください

第1号様式（第5条関係）

令和〇年 〇月 〇日

（宛先）春日井市長

申請者 住所 **春日井市×××〇-〇-〇**
 氏名 **春日井 花子**
 助成対象者との続柄（ **本人** ）
 電話番号（**〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**）

春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

日中つながる番号
を記入してください

春日井市がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたいので、春日井市がん患者補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付が決定した場合は、次のとおり助成金の交付を請求します。

対象者と申請者が同一でもフリガナ、生年月日、郵便番号は記入してください

「有」の場合は助成対象となりません

請求金額の訂正は不可ため、書き直しが必要です

対象者	フリガナ	カスガイ ハナコ		生年月日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		昭和〇年 〇月 〇日（ 〇歳）	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況	医療機関名	××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、又は現在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又は部位の欠損を証明する書類		<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 ・ 治療方針計画書 ・ 同意書 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
助成対象経費	補整具の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ 医療用帽子	乳房補整具	エピテーゼ	
	補整具について他からの助成の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	令和〇年〇月〇日	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	春日井 花子 （続柄 本人 ）	（続柄）	（続柄）	
	購入費用	① 41,000 円(税込)	② 円(税込)	③ 円(税込)	
助成対象額	④（①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額）※100円未満切り捨て 20,000 円	⑤（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額）※100円未満切り捨て 円	⑥（③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額）※100円未満切り捨て 円		
助成金交付申請金額・請求金額（④と⑤と⑥の合計額）			20,000 円		
（申請者の名義）振込先	金融機関名	××銀行		支店名	××支店
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ 当座		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人フリガナ	カスガイ ハナコ			

訂正は二重線で可

訂正不可

訂正は訂正印が必要

申請者名義の振込先口座を記入してください

(添付書類)

- 1 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又は目、耳その他の顔の部位若しくは手指等の欠損を証明する書類の写し（ウィッグ及び医療用帽子の場合、ご本人名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）、医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名、乳房切除術、医療機関名が記載されているもの。エプテーゼ（人工乳房を除く）の場合、ご本人名、欠損した部位に関する治療内容又は切除術、医療機関名が記載されているもの。）
- 2 補整具の購入に係る領収書（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）