

茅野市がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）茅野市長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_（助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_）

※申請者は助成対象者本人。対象者が未成年の場合は法定代理人。

茅野市がん患者へのアピアランス助成事業実施要綱の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請し、請求します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項も必ず記載してください。

助成対象者	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒 茅野市		電話番号 - -		
がんの 治療状況（実績）		医療機関名及び診療科				
		主治医名				
		治療方法		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
がん治療を受けている又は受けたことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療（入院）計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
助成対象経費	補整具の区分	頭髮補整具		乳房補整具		その他
				左房用	右房用	
	補整具の内容及び購入年月日（領収書の日付）※複数ある場合はそれぞれ記載					
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）
	購入費用計（税込）	① 円		④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の1/2の額	② 円 (①の1/2の額、1,000円未満切捨て)		⑤ 円 (④の1/2の額、1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、1,000円未満切捨て)
助成対象額	③ 円 (②又は20,000円のどちらか少ない方の額)		⑥ 円 (⑤又は20,000円のどちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円のどちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円のどちらか少ない方の額)	
助成金交付申請（請求）金額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）					円	
振込先 指定口座 (申請者の名義)	(フリガナ) 口座名義人					
	金融機関			銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 支所	
	口座番号	普通 当座		(銀行コード )	(支店コード )	

（添付書類）

- 市内に住所があることが分かる書類の写し
- がん治療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
- 補整具の購入に係る領収書及び購入日、購入金額、金額内訳、申請者の氏名、領収書発行者名、購入した補整具の品名等が記載された明細書の写し
- 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し
- 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

確認事項（以下の確認事項の該当するものに又は記載してください。）

- 過去にこの告示による同一の助成区分の助成金を受けていません。  
はい いいえ
- 過去に国、他の都道府県、他の都道府縣市町村又は県内他の市町村から今回申請する補整具の助成はを受けていません。  
はい いいえ
- 虚偽の申告があった場合には、市から助成金の返還を求められても、異議を申し立てません。  
はい いいえ
- 下記について同意します。
  - 対象条件確認のため、住民基本台帳情報について確認させていただきます。
  - 助成判定のため、他市町村へ助成状況の照会、医療機関へ治療状況の確認等をさせていただきます場合があります。

（同意の署名）  
\_\_\_\_\_
- 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は以下のとおりです。  
(該当する場合のみ記載)

（記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等）

#### ◎注意事項

- ※ 助成金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※ 助成対象経費、助成金の額及び助成回数は以下のとおりです。付属品、ケア用品及び購入にかかった経費（購入のために要した交通費及び郵送費等）は、対象外となります。

区分	助成対象経費	助成額	助成回数
頭髮補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	左房、右房 毎に1回
その他	エビテーゼ（補整用人工物）の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1回

※申請は、助成対象補整具の購入日が属する年度の末日までに提出を行ってください。申請方法は、下記をご覧ください。

#### ◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び茅野市のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

#### 申請方法及び申請先

受付時間：平日の月曜日から金曜日まで（市の休日（茅野市の休日を定める条例（平成元年茅野市条例第30号）第1条第1項に規定する休日をいう。）を除く。）の8時30分から17時15分まで。

※ 郵送の場合は、簡易書留等、送達確認ができる方法で送付してください。

申請先：茅野市健康づくり推進課健康推進係（健康管理センター内）

住所 〒391-0002 茅野市塚原2-5-45

電話番号 0266-82-0105