

## がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

令和 ○年□□月 △日

久喜市長 あて

住所 久喜市本町 5-10-47  
申請者 氏名 久喜 花子  
電話番号 0480-00-0000  
対象者との続柄 本人・( )

久喜市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、久喜市補助金等の交付に関する規則第6条第1号の規定により下記のとおり申請します。

## 記

|                  |   |      |               |              |  |
|------------------|---|------|---------------|--------------|--|
| 助成対象者            | フリガナ  |      | 生年月日          | 昭和○○年 □□月 △日 |  |
|                  | 氏名  |      |               |              |  |
|                  | 住所  |      | ※申請者と同一の場合は不要 |              |  |
|                  | 電話番号  |      | ※申請者と同一の場合は不要 |              |  |
| がん治療の状況          | 医療機関名   | 〇〇病院 | 診断名           | □□□          |  |
|                  | 治療方法  |      |               |              |  |
|                  | 手術・放射線・薬剤・その他 ( )   |      |               |              |  |
| ※添付書類            | ・医師の診断書 治療方針計画書 診療明細書 ( )<br>・領収書 (対象者名、購入日、品目、購入金額が明記されているもの)<br>※(1)、(2)の項目の内容についてそれぞれ確認できる書類 |      |               |              |  |
| ※(1)<br>ウィッグ等購入日 | 令和 ○年 □□月 △日  |      |               |              |  |
| ※(2)<br>補整具等購入日  | 令和 ○年 □□月 △日  |      |               |              |  |
| 申請額              | 金 20,000 円<br>※(1)、(2)のそれぞれの購入金額と上限額(10,000円)のいずれか低い額の合計の金額                                     |      |               |              |  |

## 【個人情報の閲覧・調査の同意について】

助成金の交付決定の審査に当たり、市が助成対象者について次の調査等を行うことに同意します。

- 住民基本台帳を閲覧
- 医療機関に対する治療の状況等についての調査

助成対象者又は助成対象者の保護者 久喜 花子

※署名してください。記名押印でも可能です。