

和歌山市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者※1 住 所
ふりがな
氏 名

申請者が補助対象者と異なる場合のみ記入
（補助対象者との続柄）
（電話番号）

和歌山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、和歌山市補助金等交付規則第3条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請します。

なお、申請に当たっては次のとおりです。（□にチェックをしてください。）

- 申請を行う医療用補整具の購入費用について、都道府県及び他市町村の助成金等の交付を受けていません。

補助対象者	ふりがな				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒			
	電話番号	-			
申請区分		購入年月日	購入に要した額 (ア)	(ア)の1/2の額 (1,000円未満切捨)	申請額
ウィッグ 上限20,000円		年 月 日	円	円	円
乳房補整下着 上限10,000円		年 月 日	円	円	円
人工乳頭・人工乳房 (片側のみ・左右両方) 上限片側のみ20,000円 左右両方40,000円		年 月 日	円	円	円
振込先 ※2	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店		
	預金種別	1 普通 2 当座	口 座 番 号		
	(ふりがな) 口座名義人				

※1 補助対象者が未成年又は成年被後見人の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。
（法定代理人の本人確認書類提示必要）

※2 振込先は申請者の口座になります。

【添付書類】

- 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（医療機関発行のもの）
（ 化学療法に関する説明書 診断書 治療方針計画書等の写し のいずれか ）
- 医療用補整具購入に係る領収書
（宛名（申請者宛て）、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの）