

宇治市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

宇治市長 あて

対象者	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日
		電話番号	
住所	〒 -		
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 私は下記の者を代理人として定め、助成金交付申請に係る関係書類の提出及び当該助成金の請求に関する手続きについて、委任します。 ※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。	
	ふりがな 氏名	対象者との 関係	
		電話番号	
住所	〒 - <input type="checkbox"/> 対象者と同じ		

区分	ウィッグ等		乳房補整具 ((C)又は(D)のいずれか)	
	種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ (B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子	(C) <input type="checkbox"/> 補整下着 <small>※下着とともに使用するパッドを含む</small>	(D) <input type="checkbox"/> 人工乳房 <small>※乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く</small>
購入日	年 月 日	年 月 日		
購入費用	円 (税込)	(補整下着の金額) 円 (税込)	(人工乳房の金額) 円 (税込)	
購入費用の1/2の額	ア 円 ※1円未満切り捨て	ウ 円 ※1円未満切り捨て	オ 円 ※1円未満切り捨て	
助成上限額	イ 20,000 円	エ 20,000 円	カ 20,000 円	
助成対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	【ウ又はエのうちいずれか低い額】 円	【オ又はカのうちいずれか低い額】 円	
申請額合計	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し ※ 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） <input type="checkbox"/> 領収書及びその明細書（宛名、購入日、購入金額、購入品目や個数等の明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。原本に限る）			

宇治市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要項第5条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。（にチェックをしてください。）

- 過去に宇治市及び他の自治体が実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について宇治市が調査することに同意します。
- 宇治市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

----- 以下 市記載欄 -----

受付日	項目	可否	備考	決定年月日	(<input type="checkbox"/> 交付・ <input type="checkbox"/> 不交付)
審査	住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		決定年月日	
	治療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
	購入日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
	購入内容	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		助成決定額	<input type="checkbox"/> 円
	振込先	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
	助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			