

つくば市アピアランスケア支援事業助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) つくば市長

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

対象者が未成年の場合には以下を記入してください
(対象者との続柄)
(生年月日 年 月 日)

つくば市アピアランスケア支援事業助成金の支給を受けたいので、つくば市アピアランスケア支援事業助成金支給要項第7条第1項の規定により、次の事項について確認・同意の上、必要書類を添えて申請（請求）します。

- 過去に他自治体やつくば市において補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。
- 申請に係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、及び国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
※いばらきがん患者トータルサポート事業は除く

対象者	ふりがな			生年月日			
	氏 名			年 月 日			
	住 所	〒					
	連絡先	・日中連絡の取れる電話番号： () ・メールアドレス(ある方のみ)：					
診断名							
申請（請求）額		円					
		裏面の申請合計額（100円未満を切り捨て）を記入してください。					
（振込先）	金融機関名				店舗名	本店 支店	
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
	口座名義人 (申請者と同一)	フリガナ 氏 名					

同意欄	・つくば市から医療機関及び購入等先に治療及び購入等の内容を照会することに同意します。 ・私の住民登録、市税の納付状況及び茨城県や他自治体の上記助成利用状況について、つくば市の備付けの公簿等により市長が確認することに同意します。 署名 _____
-----	--

つくば市処理欄

本人確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・その他	受付者	備考
受領印	添付書類確認（裏面参照） 番号に○をつける 1 2 3 4		

区分	ウィッグ	乳房補整具	エプテーゼ
	(毛付き帽子及び同時に申請するネットを含む)	(補整下着、補整パッド等)	(人工の乳房・乳頭など体表に取り付けるもの)
購入日又はレンタル開始日 【複数購入の場合は最も古い購入日を記載】	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入・レンタル額	円(税込)	円(税込)	円(税込)
県の補助金交付 (有・無)	交付金額 円	交付金額 円	
対象費用	購入/レンタル額から県の補助額を差し引いた額 円	購入/レンタル額から県の補助額を差し引いた額 円	購入・レンタル額と同額 円
対象経費の1/2の額	ア 円	エ 円	キ 円
助成上限額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円
申請(請求)額	【アとイのいずれか低い額】 ウ 円	【エとオのいずれか低い額】 カ 円	【キとクのいずれか低い額】 ケ 円

申請(請求)額 合計 (ウ+カ+ケの合計額) ※100円未満は切り捨て

円

添付書類	【 <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付漏れがないかご確認ください】
	<input type="checkbox"/> 1 いばらきがん患者トータルサポート事業補助金決定及び交付額決定通知書の写し ※申請された方のみ→2の添付書類は省略可
	<input type="checkbox"/> 2 医療機関の発行するがん治療等に関する説明書や診断書又は治療方針計画書の写し(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部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることが分かる書類の写し)
	<input type="checkbox"/> 3 補整具等の購入又はレンタルに係る領収書の写し(宛名、購入し、又はレンタルを開始した日、金額、品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの)
	<input type="checkbox"/> 4 振込先を確認できるものの写し