

受付：

第1号様式(第5条関係)

年 月 日

長岡京市長 宛

申請者 住所

氏名

電話番号 - -

長岡京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

長岡京市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、この事業に関し、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対 象 者	ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒		
	電 話 番 号	□申請者と同じ		
助 成 対 象 補 整 具 と 金 額	補 整 具 の 種 類	ウィッグ等	乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)	
	購 入 日	年 月 日	補整下着	人工乳房
	購入費用(ア)	円	円	円
	アの 1/2 の額(イ)	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て
	上 限 額 (ウ)	30,000円	20,000円	50,000円
	申 請 額 (イ又はウのいずれか少ない額)	円	円	円
申請額合計		円		

※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※助成対象者と申請者が異なる場合(助成対象者が未成年の場合は除く)は、委任状を添付してください。

《添付書類》(1)本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード、資格確認証 等)

(2)がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類の写し

(3)領収書(原本)(購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の記載があるもの)

(4)振込先が確認できるもの

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
口座名義	(フリガナ)							