

第 1 号様式（第 5 条関係）

瀬戸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）瀬戸市長

申請者	ふりがな	
	氏名（自署）※	
	住所	
	電話番号	

※本人が自署できない場合は、記名押印してください。また、18 歳未満の場合は保護者が申請してください。

関係書類を添えて次のとおり補助金の交付を申請します。なお、申請に当たって住民基本台帳・市税の納付状況を市職員が確認することに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日	
	氏 名				
がんの治療状況	医療機関名				
	疾患名				
	治療方法				
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外科的治療等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類		ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容・医療機関名が記載されているもの。 乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。 エピテーゼ（人工乳房を除く）の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・医療機関名が記載されているもの。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ	
	購入年月日				
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）	
	補助対象額	④（①の 1 / 2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑤（②の 1 / 2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑥（③の 1 / 2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額） 円	
補助金交付申請額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください。）					円

※口座名義人は申請者と同一の者に限ります。

振込先	金融機関名			本・支店名	
	口座種別			口座番号	
	口座名義人				

（添付書類）

- 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外科的治療等による乳房の変形又は部位の欠損を証明する書類の写し
 - 補整具の購入に係る領収書の写し（購入者の氏名（フルネーム）、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの）
 - その他市長が必要と認める書類
- （確認事項）申請者が下記に該当する場合は補助金をうけることができません。
また、申請内容に虚偽があった場合は、市に対して補助金を返還する必要があります。

- 過去に同補助金の適用を受けたことがある。（他の市町村で、愛知県との補助金の適用を受けたことを含む。）
- 瀬戸市暴力団排除条例（平成 23 年瀬戸市条例第 12 号）に規定する暴力団若しくは暴力団員である又は暴力団若しくは暴力団と密接な関係を有している。