

（宛先）南アルプス市長

南アルプス市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱第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、申請に当たり次のことについて同意します。（各項目の□にチェックを記入）

- 助成要件確認のため、南アルプス市が住民基本台帳による世帯情報及び個人住民税課税台帳等による助成対象者及び助成対象者と同一世帯員の滞納情報の確認をすること。
- 南アルプス市から医療機関に対して治療内容を、又は購入先に対して購入内容を照会すること。
- 南アルプス市から山梨県に対して助成実績に係る情報を提供すること。

申請者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日（ 歳）
	住 所	〒	電話（ ）

※助成対象者が未成年（18歳未満）の場合は、申請者欄には保護者の氏名等を記入してください。

助成対象者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日（ 歳）
	住 所	〒	電話（ ）

今回の補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。	はい・いいえ ※「はい」の場合、本助成を受けることができません
--	------------------------------------

助成対象補整具の種類（申請する補整具に <input checked="" type="checkbox"/> ）	購入金額	購入日
<input type="checkbox"/> ウィッグ（部分用ウィッグ、ヘアーエクステンション又は頭皮保護用のネットを含む。）又は帽子（毛付きのものを含む。）	円 (税込)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 乳房用の補整下着(下着とともに使用するパッドを含む。)	円 (税込)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 人工乳房又は乳頭(乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。)	円 (税込)	年 月 日

助成金申請額	円（購入額又は助成上限額の合計） （※補整具ごとの助成上限額 ウィッグ：2万円 補整下着：2万円 人工乳房：1.0万円）
--------	---

振込先 ※申請者又は助成対象者の名義とする。	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

添付書類 (必須)	● がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等（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を証明する書類に限る。）
	● 領収書（申請者又は助成対象者の氏名、購入した年月日、品名、金額及び台数の記載のあるもの。）
	● 振込先の口座の通帳等の写し（カナ名義及び口座番号が確認できるもの。）

市記入欄	申請受理日	年 月 日	助成金決定額	円
------	-------	-------	--------	---