

様式第 1 号（第 5 条関係）

人吉市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

人吉市長 松岡 隼人 様

人吉市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付要項第 5 条の規定により、
助成金の交付を以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ				電話番号
	氏名	印			
	住所	〒	対象者との続柄		
対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏名	※申請者と異なる場合のみご記入ください。			年 月 日生
	住所	〒 ※申請者と異なる場合のみご記入ください。			
がんの治療状況	医療機関名				
	主治医名		治療状況	☐ 手術 ☐ 化学 ☐ 放射線 ☐ その他（ ）	
	☐ 治療済（終了日： 年 月） ☐ 治療中				
助成対象用具区分	☐ ウイッグ等		☐ 乳房補整具等		
過去に助成の有無	☐ 受けた ☐ 受けていない		☐ 受けた ☐ 受けていない		
購入年月日	年 月 日		年 月 日		
購入額(税込) [A]	円		円		
助成基準額 【B】	【A】×1／2 円 (千円未満切り捨て)		【A】×1／2 円 (千円未満切り捨て)		
助成限度額 【C】	20,000円		20,000円		
助成申請額	【B】又は【C】のいずれか低い金額 円		【B】又は【C】のいずれか低い金額 円		

2 振込先

振込口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店・支所 出張所				
	口座種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

(裏面もご確認ください)

誓約・同意欄

本申請の審査のため、以下事項について誓約及び同意します。

- ① この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、市税の滞納の有無等）の提供、確認及び調査をすること。
- ② 本申請の審査に必要な範囲で、医療機関、薬局へ治療内容等について確認すること。
- ③ これまでに本事業及び県内他市町村から、同種の用具に係る補助等を受けていないこと。
- ④（助成対象者が18歳未満の場合）申請者は法定代理人に該当すること。
- ⑤ 申請にあたっては人吉市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付要項の内容を遵守すること。

氏名 _____

※情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

【添付書類】

- ☐ 本人（及び受任者）確認用書類
（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）、住民票の写しなど）
- ☐ 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）
- ☐ 領収書の原本
（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。
乳房補整具においては「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。）
- ☐ 振込先口座（助成対象者名義のものに限る。）の金融機関名、口座名義及び口座番号が確認できる通帳等の写し
- ☐ 委任状（様式第2号）（代理人が申請する場合のみ。）
※対象者が18歳未満の場合は不要です。（法定代理人が申請者及び受領者となります）

市記入欄

- ☐ 申請時に住民票がある（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
- ☐ がん治療と診断されて治療を受けている・受けたことがある（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
- ☐ 申請者に市税の滞納がないこと（ ☐ 滞納無し ☐ 滞納有り ）
- ☐ 助成対象用具に該当している（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
- ☐ 本市の各区分の申請が1回目であること（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
- ☐ 購入日が令和7年4月1日以降であること（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
- ☐ 申請期限 ※購入日の翌日から1年以内であること（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
- ☐ 領収証と助成申請額が一致していること（ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）