

年 月 日

美作市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

美作市がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金交付申請書

美作市がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金交付要綱第 6 条に基づき助成を受けたいので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

助成対象者	フリガナ 氏名	☐ 申請者に同じ (申請者の続柄)	生年月日
			年 月 日
	住所	美作市	☐ 申請者に同じ
購入額	医療用ウィッグ等 円	補整具等 円	

【確認事項】 ☐にチェックを入れてください

- ☐ 今回の医療用ウィッグ等の購入費に対して、これまでに美作市及び他の地方公共団体等から同様の助成を受けていません。
- ☐ 本申請に基づく助成の交付決定にあたり、美作市が住民基本台帳及び市民税課税台帳等により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体等及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。
- ☐ 助成額は、購入費のうち対象となる金額の 2 分の 1 以内（1, 0 0 0 円未満切り捨て）もしくは医療用ウィッグ上限 5 万円・補整具上限 1 0 万円のどちらか少ない方となることを確認しました。

【添付書類】

- （医療用ウィッグの場合）脱毛の副作用を伴うがん治療を行ったことを証する書類・（補整具の場合）がん治療による手術等を行ったことを証する書類、科学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（上記の書類がない場合は、市指定様式「がん治療受診証明書（様式 3 号）」を添付する）。証明書にかかる費用は全額自己負担とする。
- 領収書
- 購入費の内訳、購入年月日及び製品名が記載された書類
（医療用ウィッグの場合は、製造会社、全頭用の医療用ウィッグであることを証する記載を含む）
- その他市長が必要と認める書類