

様式第1号（第5条関係）

七尾市がんアピアランスケア事業助成金交付申請書

年 月 日

七尾市長

フリガナ  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

- 本申請の審査に必要な範囲で市が住民基本台帳の確認及び医療機関・購入先に内容を照会することに同意します。
- 他の自治体で同種の補整具の助成を受けていません。  
※助成状況について、他の自治体に確認することがあります。

助成対象者	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____ 電話 _____
	生年月日		年 月 日（ ）歳
過去の助成有無 (七尾市又は県内の他市町)		1 有 → 補整具の種類【ウィッグ、乳房補整具（左・右）】 2 無	
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ <small>(頭皮保護用ネット、ウィッグ付き帽子を含む)</small>	乳房補整具 (左・右)
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用 (A) <small>(付属品、ケア用品、送料等除く)</small>	円 (税込)	円 (税込)
	(A)の1/2の額(B)	円 1,000円未満切捨て	円 1,000円未満切捨て
	助成限度額 (C)	20,000円	左右各 20,000円
	(B)又は(C)の いずれか低い額	① 円	② 円
助成申請額 (①+②)		円	
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協 店	
	預金種別	普通・当座	口座番号:
	口座名義人(カナ)		
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが分かる書類（治療や手術に関する説明書、治療方針計画書等）の写し <input type="checkbox"/> 購入した補整具の領収書等（購入者氏名、金額、補整具の名称、購入日、領収書発行者の名称、住所、押印がある）の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座（助成対象者と同一名義）の通帳、キャッシュカード等の写し ※未成年の場合は保護者（申請者）の口座に限ります。 <input type="checkbox"/> 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、保険証等）の写し ※代理申請時は、代理人本人の確認書類が必要です。		