

【訂正箇所がある場合】訂正箇所を二重線で消し、正しく記入した後、訂正箇所付近にご署名および訂正日をご記入ください。

第1号様式（第5条関係）

大府市アピアランスケア支援補助金交付申請書

令和〇年〇月〇日

大府市長 殿

申請者 住所 **大府市〇〇町〇〇丁目〇〇番地**
氏名（自署） **大府花子**
補助対象者との続柄（ **本人** ）
電話番号（ **〇〇—〇〇〇〇** ）

大府市アピアランスケア支援補助金交付要綱第5条第1項の規定により、以下のとおり補助金を申請します。なお、申請にあたり、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	S50年 1月 1日
	氏名	申請者と同じ		
	住所	申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名	〇〇がんセンター		
	疾患名	乳がん		
	治療方法	手術・放射線 ・薬剤・その他（ ）		
がん治療を受けたこと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	・診療明細書 治療方針計画書 ・同意書 ・お薬手帳 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	令和4年4月5日	令和4年7月5日	
	領収書の名前及び本人との続柄	大府花子（続柄 本人）	大府花子（続柄 本人）	
	購入費用	① 20,104円（税込）	② 120,515円（税込）	
	補助対象額	③（①の1/2又は30,000円のいずれか少ない方の額） 10,050円	④（②の1/2又は50,000円のいずれか少ない方の額） 50,000円	
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			60,050円	
※補助金の額に10円未満の端数が生じるときは、その端数を切り捨てた額を補助金の額とする			（大府市記載欄） 補助決定金額	円

- ※1 補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
※2 補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

(添付書類)

1. がん治療を受けていること及びがん治療にともない脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類の写し（ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・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。）
2. 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者のフルネーム、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。）

【訂正箇所がある場合】訂正箇所を二重線で消し、正しく記入した後、訂正箇所付近にご署名および訂正日をご記入ください。

第3号様式（第7条関係）

大府市アピランスケア支援補助金交付請求書

金額は空欄にしておいてください

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市〇〇町〇〇丁目〇〇番地
氏 名 大 府 花 子
電話番号 〇〇—〇〇〇〇

大府市アピランスケア支援補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり大府市アピランスケア支援補助金の交付を請求します。

記

金額は空欄にしておいてください

補助金の 請求金額		円
振 込 先	金融機関名 〇 〇 銀行 信用金庫 〇 〇 農 協	本店 支店
預 金 種 目	普 通 ・ 当 座	
口 座 番 号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
フリガナ	オオブ ハナコ	
口座名義人	大 府 花 子	

申請者と口座名義人は統一してください。
異なる場合は委任状の記入が必要です。

委任状

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 大府市長

私、大府花子は、夫である大府太郎に
がん患者アピアランスケア支援事業補助金の受領を委任します。

申請者 住所 大府市 〇〇町〇丁目〇番地

氏名 大府花子