

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

年 月 日

（宛先）大府市長

申請者 住所
氏名（自署）
助成対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

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	年 月 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				
	疾患名				
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）			
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若しくは顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類		・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	エピテーゼ	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）	
	補助対象額	④（①の 1/2 又は 30,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑤（②の 1/2 又は 50,000 円のいずれか少ない方の額） 円	⑥（③の 1/2 又は 50,000 円のいずれか少ない方の額） 円	
補助金交付申請額（④～⑥の合計額を記入してください。）				円	
			（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又は部位の欠損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。エピテーゼ（人工乳房を除く。）の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・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（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。）