

【長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書】

※消えるボールペン及び鉛筆を使用しないでください。

申請年月日を記載してください。

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

（あて先）長崎市長

長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ			助成対象者との続柄 <small>※対象者が未成年の場合、申請者は法定代理人</small>	
	氏名	◎			
	生年月日	年	月	日	電話番号
	住所	(〒 -)			
助成対象者	申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です。				
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	(〒 -)			
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等		<input type="checkbox"/> 乳房補整具等	
	購入日	年	月	日	年 月 日
	購入金額	円（税込）		円（税込）	
	助成金額	円		円	
振込先口座 申請者本人の口座です。					
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	本店・支店 出張所	口座 種別	普通・当座
フリガナ					
口座名義人	口座 番号				
同意及び確認事項 <input type="checkbox"/> にチェックを付けてください。					
<input type="checkbox"/> 私（助成対象者）は、申請する対象の区分で、過去に長崎市の助成を受けていません。また、国又は地方公共団体から助成を受けていません。					
<input type="checkbox"/> 私（申請者）は、長崎市暴力団排除条例（平成24年長崎市条例第59号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。また、市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。					
<input type="checkbox"/> 私（申請者）は、審査に必要な情報の確認及び調査に同意します。					

口座番号は右詰めで記載してください。

ゆうちょ銀行の場合、支店名は漢数字3文字です。

内容をご確認いただき、チェック☑をお願いします。

助成対象費用欄の記載について

●区分

次の助成対象費用に該当する区分にチェック☑

区分	助成対象費用
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
乳房補整具等	補整パッド、補整下着、人工乳房、人工乳頭、専用入浴着

●購入日

購入した年月日

※複数購入したものを申請する場合は、最初の購入日

●購入金額

消費税及び地方消費税込み

※メンテナンスにかかる費用、修繕費用、購入に要した交通費、送料、分割手数料は不可

※レンタル不可

●助成金額

購入金額に 1/2 を乗じた額（1,000 円未満の端数は切捨て）と 2 万円のいずれか低い額

（算定）

区分	ウィッグ等	乳房補整具等
購入金額	ア 円（税込）	オ 円（税込）
購入金額×1/2	イ 円 （ア×1/2、千円未満切捨）	カ 円 （オ×1/2、千円未満切捨）
助成上限額	ウ 2万円	キ 2万円又は4万円 （左右の乳房切除毎に2万円）
助成金額	エ 円 （イ又はウのいずれか低い額）	ク 円 （カ又はキのいずれか低い額）