

第1号様式（第6条関係）

日進市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

〇年 〇月 〇日

日進市長 宛て

申請者と補助対象者は同じ人となります。
補助対象者が未成年である場合、保護者を申請者としてください。

申請者 住所 日進市岩崎町兼場101-1
氏名 日進 花子
補助対象者との続柄 本人（ ）
電話番号 0561-72-0770

用品購入費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

補助対象者	ふりがな		生年月日	昭和40年 7月 9日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	(年齢)	(60歳)
がんの治療状況	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	医療機関名	日進保健クリニック		
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	疾患名	乳がん		
	治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
補助対象経費	お薬手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 治療方針計画書 ・同意書		
	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	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について愛知県内の他の地方公共団体からの補助金の交付の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	令和7年 5月 15日	令和7年 4月 25日	
	領収書の名前及び本人との続柄	日進 花子（続柄 本人）	日進 花子（続柄 本人）	
	購入費用	① 30,000 円（税込）	② 47,000 円（税込）	
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 15,000 円	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 20,000 円	
合計額を記入してください。		35,000 円		
振込先	〇〇〇〇銀行	本・支店	〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 本店・支店	
	口座番号	出張所名	出張所	
フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	1	2	3
	口座名義人（申請者と同じ）	4	5	6
		7	ニッシン タロウ	
		日進 太郎		

1000円未満は切り捨てとします。

振込先が申請者以外の口座である場合、記入が必要です。

振込先の口座名義を申請者以外の者とする場合は、次
委任欄

申請者（委任者） 氏名 日進 花子

私は、上記補助金の受領に関することを以下の者に委任します。

受任者 住所 日進市岩崎町兼場101-1

氏名 日進 太郎 (申請者との続柄 夫)

※ 補助対象者が未成年者の場合は、保護者が申請して
※ 本申請書兼請求書を提出する際は、裏面の添付書類

裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

<添付書類>

- 1 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の写し(医療用ウィッグの場合は対象者氏名・脱毛原因の治療内容(抗がん剤名等)・医療機関名、乳房補整具の場合は対象者氏名・乳房切除術・医療機関名が記載されたもの)
- 2 補整具の購入に係る領収書等補助対象経費に係る支出が確認できる書類
- 3 その他市長が必要と認める書類

誓約事項(□に✓を入れてください。)

申請に当たり、次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 1 市税を滞納していないこと。
- 2 日進市暴力団排除条例に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団と密接な関係を有する者でないこと。
- 3 過去にこの要綱による補助金又は他の同種同様の補助金の交付を受けていないこと(補整具利用者が異なる場合を除く。)
- 4 本申請により市が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了承すること。