

日付は空欄でお願いします。

様式第1 (第5条関係)

江南市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

原則、対象者本人が申請してください。  
やむを得ない理由で本人が申請できない場合は、  
委任状が必要です。

申請者 住所 江南市赤童子町〇〇  
氏名 江南 太郎  
補助対象者との続柄 ( 本人 )  
電話番号 ( )

江南市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、以下のとおり補助金を申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	〇年 〇月 〇日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名	〇△□病院		
	疾患名	右乳房上外側部乳癌		
	治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input checked="" type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 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外見変貌ががん治療によるものである旨を証明する書類	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 同意書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲み原本を提出してください (市で写しをとります)			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 (領収書の日付)	令和〇年 〇月 〇日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	江南太郎 (続柄 本人)	(続柄 )	(続柄 )
	購入費用	① 154,000 円 (税込)	② 円 (税込)	③ 円 (税込)
	補助対象額	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1円未満切り捨て 20,000 円	⑤ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1円未満切り捨て 円	⑥ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1円未満切り捨て 円
補助金交付申請額 (④と⑤と⑥の合計額を記入してください。)		20,000 円		
		(江南市記載欄) 補助決定金額	円	

市確認欄

来所者	<input type="checkbox"/> 本人		
	<input type="checkbox"/> 同居の家族 (氏名	(続柄 )	・連絡先 )
	<input type="checkbox"/> その他 (氏名	(続柄 )	・連絡先 )
<input type="checkbox"/> 対象者の住民登録が、補助金申請日において江南市である			
<input type="checkbox"/> 補整具の購入日が令和4年4月1日以降 (人工乳房以外のエピテーゼは令和8年4月1日以降) である			
<input type="checkbox"/> 補整具購入日の翌日から1年以内の申請である			
<input type="checkbox"/> 過去に県内市町村から、愛知県がん患者アピアランスケア支援事業実施要領に基づく補助を受けていない			

証明する書類（原本を提出。市で写しをとります）

- ウィッグの場合：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：本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの
- エピテーゼの場合：本人名・傷病に伴う外見の変化が確認できる内容・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（原本を提出。市で写しをとります）

- 記載必要事項：申請者又は補助対象者の氏名、購入日、購入金額、品名、発行者の名称