

西東京市長あて

### 西東京市がん患者アピアランスケア助成金申請書兼請求書

西東京市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。

なお、申請に当たり、市が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報を調査すること及び必要がある場合に関係医療機関等への照会及び診療明細を閲覧することについて同意します。

申請者	フリガナ			対象者との続柄	
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	〒 西東京市		電話番号	
助成対象者 (申請者と同じ場合は、記載不要)	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名			電話番号	
	住所	〒 西東京市			
がんの治療状況	がんの部位 又は名称			治療方法 ※該当するものに☑をつけてください。	
	医療機関名			☐手術 ☐放射線 ☐薬剤	
	主治医名			☐その他 ( )	
購入(レンタル)した 補正具	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> エピテーゼ <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> その他 ( )				※申請は通算2回まで
購入日 レンタルの支払日	年 月 日				
他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				※いずれかに☑をつけてください。
本事業の申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (1回目の申請 年 月 日)				
申請金額の算定	ア 購入(レンタル)経費	イ 助成金上限額	ウ 助成金申請額 (ア又はイのいずれか低い額)		
	1回目 円	100,000円	1回目 円		
	2回目 円		2回目 円		
	合計 円		合計 円		
振込先	金融機関	銀行   信用金庫   本店 信用組合   支店 農協   出張所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	※右つめ	
フリガナ					
口座名義					

※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。この場合において、「振込先」欄には、「助成対象者」又は「助成対象者の保護者」の振込先口座を記載してください。

様式（第5条関係）

### 添付書類

- 対象者ががん治療を受けていることを証する書類（診断書、診療明細書、治療方針計画書等）の写し
- 購入（支払）日、品目、金額、購入者等の明細が分かる書類（領収書等）の写し
- 申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し
- 申請者の銀行口座がわかるもの（キャッシュカード、通帳等）の写し