

京都市長 宛

京都市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

京都市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、この事業に関し、助成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	きょうと じろう		生年月日	平成6年 4月 1日
	氏名	京都 二郎			
	住所	〒604-8101 京都市中京区柳馬場通御池下る柳八幡町 65			
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
申請者	区分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） ☒ 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下の項目の記入が <u>必要</u> ） ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。			
	ふりがな	きょうと はなこ		生年月日	昭和42年10月5日
	氏名	京都 花子			
	住所	〒604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地			
	電話番号	(△△△) △△△△ - △△△△	対象者との関係	母	
助成対象補整具と金額	補整具	ウィッグ等		乳房補整具（③又は④のいずれか）	
	種類	① ウィッグ ② 毛付き帽子		③ 補整下着	④ 人工乳房
	購入日	令和●年●月●日		令和▲年▲月▲日	
	購入費用（ア）	40,000円		250,000円	
	アの1/2の額（イ）	20,000円 ※1円未満切り捨て		125,000円 ※1円未満切り捨て	
	上限額（ウ）	30,000円		50,000円	
	申請額 （イ又はウのいずれか少ない額）	20,000円		50,000円	
申請額合計		70,000 円			

振込先口座

金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協	△△ 本店・支店 出張所							
預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	(フリガナ) キョウト ハナコ 京都 花子								

※ 振込先口座は申請者と同一にしてください。

- ＜添付書類＞ (1) 本人確認書類（運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード、住民票の写しなど）
(2) がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
(3) 補整具の購入に係る領収書及びその明細書