様式第１号

吹田市がん患者のためのアピアランスケア　助成金交付申請書

吹田市長　様　　令和　　年　　月　　日

吹田市がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要領第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えてアピアランスケア用具購入経費の助成を申請します。

なお、申請にあたり必要があるときは、市が住民基本台帳の情報を確認すること、医療機関や購入先に治療・購入内容を照会することに同意します。

確認事項	□　アピアランスケア用具の購入は令和5年（2023年）4月1日以降である。 □　申請日時点で、アピアランスケア用具の購入した翌日から起算して1年以内である。

申請者	ふりがな		助成対象者との続柄	□　本人 □　法定代理人　　□　その他代理人
	氏名	※助成対象者が未成年の場合、申請者は法定代理人	生年月日	年　　月　　日
			電話番号	
	住所	〒　　吹田市		
助成対象者	□　申請者と同じ（申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要。）			
	ふりがな		生年月日	年　　月　　日
	氏名		電話番号	
	住所	〒　　吹田市		
過去の実績	過去に吹田市からがん治療に伴うアピアランスケア助成を受けたことがありますか。□はい　　□いいえ			

購入した補整具	区　分		アピアランスケア用具の種類	購入日	購入費用	
	ア　ウィッグ等 1人1台に限る		□ウィッグ（装着時の保護ネットを含む） □毛付き帽子 □医療用帽子	令和　　年　　月　　日	購入金額	円
					助成上限金額	30,000 円
	イ　胸部補整具等					
	A又はBのいずれか	A 個数制限なし	□補整下着 □乳房パッド □入浴時カバー類 □採尿バックカバー □CVカテーテルカバー □弾性着衣	令和　　年　　月　　日	購入金額	円
					助成上限金額	10,000 円
		B 1人1台に限る	□人工乳房	令和　　年　　月　　日	購入金額	円
					助成上限金額	50,000 円

添付書類の確認　添付した書類に☑をつけてください。

□　がんの治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書等の書類（写し可）

□　補整具の購入にかかる領収書（写し可）

（申請者名又は助成対象者名、購入日、購入金額、購入品目、購入先の記載があるもの）

□　助成対象者と申請者が異なる場合の必要書類

1　申請者が法定代理人の場合：資格を証する書類、本人確認書類（氏名・住所が確認できるもの）

（申請者が助成対象者の親権者であり、同一世帯に属している場合は不要）

2　申請者がその他代理人の場合：委任状、本人確認書類（氏名・住所が確認できるもの）

受　付　印

ー吹田市記入欄ー

助成申請額	円	□不交付