様式第１号（第５条関係）

神埼市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年　　月　　日

神埼市長　様

（申請者）住　　所　神埼市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

助成対象者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（日中に連絡ができる電話番号を御記入ください）

神埼市アピアランスケア支援事業助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

助成対象者	氏　　名	
	住　　所	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
治療の状況	医療機関名	
	主治医氏名	
	治療開始時期	
	治療方法	□手術　□放射線　□薬剤　□その他（　　）
補正具が必要な理由		
購入した補正具	種　　類	□医療用ウィッグ又は帽子　　□乳房補正具
	購入日	年　　月　　日
	購入額	円
助成金受給（アピアランスケア支援事業助成金については申請年度内）	□ 申請に係る補正具の購入に対して、他の助成を受けていない。 □ あり（ 神埼市アピアランスケア支援事業助成金　　円 ） （ 他の制度による助成金　　円 ）	
交付申請額	※20,000 円又は購入額の 1/2 のいずれか少ない方の額（１円未満切捨て） 円	
添付書類	□　対象補正具を購入した金額の明細が分かる書類（領収書の写し） □　がん治療を受療していることが分かる書類 （診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書などの写し） □　その他市長が認めるもの	

※複数申請のある場合は、補正具の種類ごとに申請書を１枚提出してください。

※今年度中に既に当該助成金を交付された方又は今回の購入物品についてその他の公的助成金の交付を受けておられる方についてはその金額を除いた額を申請してください。