第１号様式（第７条関係）

年　　月　　日

東大和市長　殿

東大和市がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成金交付申請書

下記のとおり、がん患者等アピアランスケア用品購入等費用助成金を申請します。
また、この申請の内容について、東大和市が助成要件の確認に必要な住民記録を調査し、及び官公署、医療機関その他の関係機関に対し、資料の提供を求め、事実の確認を行うことに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒
東大和市</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>助成対象者との続柄</td></tr>
<tr><td rowspan="3">助成対象者
□申請者と同じ</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒
東大和市</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療状況</td><td colspan="2">医療機関名</td><td>主治医</td><td>治療方法</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td rowspan="3">□ 手術
□ 放射線
□ 薬剤
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">疾病名</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>購入（レンタル）した補整具</td><td colspan="4">□ ウィッグ（装着用ネットを含む）　□ 帽子　□ エピテーゼ
□ 補整下着（補整パッドを含む）　□ 弾性着衣
□ 頭皮冷却用キャップ　□ 冷却用グローブ・ソックス</td></tr>
<tr><td>購入（レンタル）合計金額</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">購入（レンタル）年月日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>交付申請</td><td colspan="4">※購入(レンタル)合計金額と５万円のいずれか少ない方　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">本事業による助成歴</td><td colspan="4">①この助成金は対象者お一人につき東京都内で２回まで受けることができます。以前に東京都内の他自治体で同様の助成を受けたことがありますか。
□ 受けた → 自 治 体 名：
助成決定年月：　　年　　月
補整具の種類：□ ウィッグ　□ 胸部補整具　□ その他
□ 受けていない</td></tr>
<tr><td colspan="4">②東大和市への申請は何回目ですか。　□ １回目　□ ２回目</td></tr>
<tr><td colspan="4">③申請する購入等費用について他の助成や給付を受けていませんか。
□ 受けていない　※受けている場合は助成対象外です。</td></tr>
</table>