

玉野市アピアランスケア助成事業助成金交付申請書

年 月 日

玉野市長 殿

申請者 住所 玉野市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

玉野市アピアランスケア助成事業実施交付要綱第6条に基づき助成を受けたいので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

助成対象者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者の続柄 )	生年月日
			年 月 日
	住所 玉野市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
購入額	ウィッグ等	乳房補整具等	
		円	円

《確認事項》 にチェックを入れてください。

今回のウィッグ等の購入費に対して、他の地方公共団体等から同様の助成を受けていません。

本申請に基づく助成の交付決定にあたり、玉野市が住民基本台帳及び市民税課税台帳等により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

助成額は、購入費のうち対象となる金額の2分の1以内（1,000円未満切り捨て）もしくはウィッグ上限3万円・乳房補整具上限3万円のどちらか少ない方となることを確認しました。

《添付書類》

- ①がん治療に関する書類（がん患者氏名・医療機関名が記載されているもの）  
（ウィッグの場合）脱毛の副作用を伴うがん治療を行ったことを証する書類  
（乳房補整具の場合）がん治療による乳房切除を行ったことを証する書類  
【例】化学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など。
- ②領収書の写し
- ③購入費の内訳、購入年月日、製造会社及び製品名が記載された書類
- ④その他市長が必要と認める書類