

アピランスサポート事業助成申請書兼報告書

年 月 日

(宛先)新潟市長

新潟市がん患者アピランスサポート事業実施要綱に基づくアピランスケア用具購入費の助成について、関係書類を添付して申請します。

申請者 (注)	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	電話番号		左記以外の連絡先	

(注)申請者は助成対象者としてください（助成対象者が未成年の場合は、法定代理人）

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同一の場合は、記載は不要です			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		申請者との続柄	
	住所	〒		
過去における本事業による助成の有無		無 ・ 有（ウィッグ等 ・ 胸部補整具 ・ 人工乳房）		
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 胸部補整具	<input type="checkbox"/> 人工乳房
	購入年月日			
	購入金額 (税込)	円	円	円
	購入金額 ×1/2	ア 円 <small>(1円未満切捨)</small>	エ 円 <small>(1円未満切捨)</small>	キ 円 <small>(1円未満切捨)</small>
	助成上限額	イ 25,000 円	オ 25,000 円	ク 50,000 円
	助成額	ウ 円 <small>ア又はイのいずれか低い額</small>	カ 円 <small>エ又はオのいずれか低い額</small>	ケ 円 <small>キ又はクのいずれか低い額</small>
助成合計額		円（ウとカとケの合計額）		

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	本店・支店 出張所
	口座番号		口座名義 ※申請者と同一	フリガナ
	普通・当座 (どちらかに○)			氏名

下記にチェックをしてください

- 【添付書類】
- 領収書（原本または写し）
  - 治療の内容が確認できる書類の写し（助成対象者、医療機関名の記載があるもの）
  - 振込先口座の通帳の写し（申請者名義のもの）
  - 申請者の新潟市制度用の納税証明書（発行日から概ね1か月以内のもの）

※裏面も必ずご記入ください

## アピアランスサポート事業助成に関する同意書兼宣誓書

下記の内容を確認のうえ、□にチェックを入れて署名をしてください。

- 氏名、住所、生年月日及び続柄について、住民基本台帳にて確認することを同意します。
- 本申請に関するアピアランスケア用具について、購入した店舗等に照会する必要があることを同意します。
- 購入費用の助成を受けたアピアランスケア用具について、目的に反した使用や譲渡、貸与又は担保には供しません。
- 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2項に規定する暴力団をいう。以下同じ。）、暴力団員（同条第3項に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。

上記の事項について、同意及び宣誓します。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

### 【新潟市処理欄】

経由印	受付印	備考