

つくばみらい市告示第11号

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年1月27日

つくばみらい市長 小田川 浩



つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱の一部を改正する告示

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱（令和5年つくばみらい市告示第22号）の一部を次のように改正する。

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱を改正する改め文第2条第5号、第3条第1項第2号及び第2項第2号中「正」を「整」に改める。

第4条第1項の表中「

(2) 乳房補正具 (乳がん術後用の補正下着、術後胸帯、人工乳房、パット等)	左欄に係る助成対象経費の合計額と10,000円とのいずれか少ない方の額
---	-------------------------------------

」を「

(2) 補整下着等の乳房補整具	左欄に係る助成対象経費の合計額と10,000円とのいずれか少ない方の額
-----------------	-------------------------------------

」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号 (第5条関係)

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定のために、つくばみらい市が保有する住民基本台帳等を確認すること及び医療機関等に治療内容及び購入・レンタル内容を照会することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 (電話番号)		がん種
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他 ( )
がん治療の受診を証明する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲んでください。			
助成対象経費	区分	①ウィッグ (装着用のネット含む)	②乳房補整具 (補整下着等)	③その他、アピアランスケア用品(ケア用品等)
	他の助成金の受給の有無	有・無	有・無	有・無
	領収書等の日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入・レンタル費用(A)	円(税込)	円(税込)	円(税込)
	茨城県補助額(B)	円	円	
	A-B (C)	円	円	円
	助成上限額 (D)	10,000 円	10,000 円	10,000 円
	助成金申請額 C、Dの少ない方の額	E 円	F 円	G 円
合計申請額(E+F+G)	円			
振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協			本店・支店(支所)
口座種別・番号	普通・当座			
フリガナ				
口座名義人				

市処理欄	住民となった日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 市税滞納(有・無)			
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	確認者		

附 則

この告示は、公布の日から施行する。