

様式第1号（第5条関係）

大刀洗町がん患者のアピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大刀洗町長 様

(申請者)

住所 (〒)

氏名

※助成対象者との関係

電話番号

大刀洗町がん患者のアピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 助成対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年	月	日 (歳)
2 助成対象経費	用具	購入金額	購入日	区分
	医療用ウィッグ	円	年 月 日	医療用ウィッグ等
	装着用ネット	円	年 月 日	
	毛付き帽子	円	年 月 日	
	補整パッド	円	年 月 日	補整具等
	補整下着	円	年 月 日	
	専用入浴着	円	年 月 日	
	弾性着衣	円	年 月 日	
エピテーゼ	円	年 月 日		
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	40,000円と購入費用の合計の1/2(1,000円未満切り捨て)のうち、いずれか低い額 円		20,000円と購入費用の合計の1/2(1,000円未満切り捨て)のうち、いずれか低い額 円	
4 確認事項 (該当する者に☑をつけ、署名をしてください)	<input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他の地方公共団体の助成を受けていない <input type="checkbox"/> 審査に必要な情報(住民基本台帳・町税等の納付、治療等の状況)の提供や確認及び調査に同意します。署名			
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> がん治療を受療していることが分かる書類の写し(診療明細書・お薬手帳など) <input type="checkbox"/> 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し <input type="checkbox"/> 申請者と助成対象者の本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証等) <input type="checkbox"/> 助成金の振込口座通帳の写し			
6 振込先	金融機関名	銀行 / 信用金庫・組合		本店 / 支店
	口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号
	(フリガナ)			
	口座名義			