

東神楽町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東神楽町長

申請者 住所
氏名 (続柄)

東神楽町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請内容の確認等に必要な場合は、助成対象者の住民登録資料及び医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

対象者	フリガナ		生 年 月 日			
	氏 名		年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 電話番号 — —				
がん治療の 状況（実績）		医療機関名 及び診療科				
		主治医氏名				
		治療方法	☐ 手術 ☐ 薬物治療 ☐ 放射線治療 ☐ その他 ()			
助成対象 経費等	補整具の 区分	☐ ウィッグ	☐ 胸部補整具		☐ エピテーゼ	
			左房用	右房用		
	補整具の内容 及び 購入年月日					
	購入経費計 (税込)	円	円	円	円	
	購入経費計の 1/3の額① (千円未満切捨て)	円	円	円	円	
	助成金の額 ①又は20,000円の 少ない方の額	円	円	円	円	
助成金交付申請金額（合計額）				円		
振込先 金融機関	ふりがな					
	口座名義人					
	金融機関名	銀 行 信用組合 信用金庫 農 協	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所		
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号			

- (添付書類)
- ・がん治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
 - ・補整具の購入に係る領収書（購入年月日、購入金額、対象者又は申請者の氏名、領収書発行者名、補整具等の品名（ウィッグ、乳房補整パッド等）の記載のあるもの）
 - ・振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し（通帳表紙裏の見開きのコピーなど）