

大山崎町長 宛

大山崎町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

大山崎町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、この事業に関し、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	氏 名	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒 ー 大山崎町		
	電 話 番 号	( ) ー		
申請者	区 分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が必要) ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。		
	氏 名	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ 〒 ー 大山崎町		
	電 話 番 号	( ) ー		
	対 象 者 と の 関 係			
助成対象補整具と金額	補 整 具	<input type="checkbox"/> ウイッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（①又は②のいずれか）	
	種 類	<input type="checkbox"/> ウイッグ <input type="checkbox"/> 毛付き帽子	<input type="checkbox"/> ①補正下着	<input type="checkbox"/> ②人工乳房
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	
	購 入 費 用 (ア)	円(税込)	円(税込)	円(税込)
	(ア)の 1/2 の額 (イ)	円(端数切捨て)	円(端数切捨て)	円(端数切捨て)
	上 限 額 (ウ)	3 0 , 0 0 0 円	2 0 , 0 0 0 円	5 0 , 0 0 0 円
申 請 額	円(イ又はウのいずれか少ない額)			

振込先口座 ※ 振込先口座名義は申請者と同一にしてください。

金融機関名	銀行・金庫 農協						本 店・支 店 出張所		預金種別	普 通 ・ 当 座 ・ 総 合
口座番号								口座名義	フリガナ	

- <添付書類をご確認ください>
- ☐対象者・申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写しなど）
  - ☐がんの治療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（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し）
  - ☐補整具の購入に係る領収書及びその明細書（乳房補整具は補正下着又は人工乳房の記載がある原本に限る）
  - ☐振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し）