

西桂町がん患者アピアランスケア助成事業申請書

(申請日) 年 月 日

(あて先) 西桂町長 様

関係書類を添えて、次のとおり対象補整具購入費用の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 助成の交付決定にあたり、住民基本台帳の閲覧及び町税等の納付状況を調査すること
- 他の地方公共団体及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うこと
- 町から県に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること

申請者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	〒	電話 ()	
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。			
	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
住 所	〒	電話 ()		
今回の補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。			はい・いいえ ※「はい」の場合、本助成を受けることができません	
助成対象補整具の種類 (申請する補整具に <input checked="" type="checkbox"/>)			購入金額	購入日
<input type="checkbox"/>	ウィッグ (部分用ウィッグ及びヘアエクステンション、頭皮保護用のネットを含む。)、帽子 (毛付きのものを含む。)		円 (税込)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	乳房用の補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	左・右・両方 (いずれかに○)	円 (税込)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	人工乳房・乳頭 (乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。)	左・右・両方 (いずれかに○)	円 (税込)	年 月 日
助成申請額	円 (購入額または助成上限額の合計) (※補整具ごとの助成上限額 ウィッグ：2万円 補整下着：2万円 人工乳房：10万円)			
振 込 先	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通・当座		口座番号
	フリガナ			
	口座名義			
添付書類 (必須)	<ul style="list-style-type: none"> ● がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。) ● 領収書 (申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。) ● 振込先の口座の通帳などの写し (カナ名義及び口座番号が確認できるもの。) 			
町記入欄	申 請 受 理 日	年 月 日	助 成 対 象 額	円