

御代田町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

御代田町長 様

申請者 住 所 〒 389-02

氏 名 (続柄)

電話番号

御代田町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請内容 ※ 太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項も必ず記載してください。
 [個人情報の取扱いについて] 得られた個人情報は、助成金の交付事務及び御代田町のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

対象者	フリガナ氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒				
がんの治療状況 (実績)	医療機関名及び診療科					
	主治医名					
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ()				
がん治療を受けている又は受けたことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療 (入院) 計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 ()				
助成対象経費	補整具の区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他	
	・補整具の種類 (○で囲む) ・購入年月日 (領収書の日付) ※ 複数ある場合はそれぞれに記載してください。 ※ 助成回数、それぞれの区分ごとに1回です。	ウィッグ (年 月 日)	補整パッド (年 月 日)	補整パッド (年 月 日)	エビテーゼ (補整用人工物) (年 月 日)	
		装着用ネット (年 月 日)	補整下着 (年 月 日)	補整下着 (年 月 日)		
	毛付き帽子 (年 月 日)	専用入浴着 (年 月 日)	専用入浴着 (年 月 日)			
	人工乳房 (年 月 日)	人工乳房 (年 月 日)				
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	(続柄)	
	① 購入費用計 (税込)	円	円	円	円	
	② 購入費用計の1/2の額 (①×1/2) *千円未満は切捨て	円	円	円	円	
③ 助成対象額 (②又は2万円のいずれか少ない額)	③の1 円	③の2 円	③の3 円	③の4 円		
④ 助成金交付申請金額 (③の1+③の2+③の3+③の4) ※ 全ての補整具区分の合計額を記入してください。			円			

(添付書類)

- がんの治療 (手術、薬物治療、放射線療法等) 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の写し及びその明細書の写し (購入日、購入金額、金額内訳、宛名 (申請者の氏名)、領収書発行者名、購入した補整具等の品名 (ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費等) の記載のあるもの)
- 申請者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わかる預金通帳の写し (通帳表紙裏の見開きのコピー等)
- その他町長が必要と認める書類

2 確認・誓約・同意事項 ※ 該当する項目に☑を入れてください。

以前に、御代田町から今回の申請と同じ補整具の区分の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今回申請する補整具について、他の都道府県や他の市町村から助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
この申請に係る住民基本台帳、アピアランスケア助成金の交付について町が調査及び他市町村へ支給状況の提供を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり、支給要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>(該当する場合のみ記載)</p> <p>申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は以下のとおりです。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等)</p>	

御代田町がん患者へのアピアランスケア助成金の交付が決定・確定された場合には、決定・確定額を次の金融機関口座に振り込んでください。

3 振込口座(申請者本人の口座をご記入ください。)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
	フリガナ	口座種別	普通 ・ 当座					
口座名義人	口座番号							