

扶桑町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金申請書兼請求書

年 月 日

扶桑町長 様

申請者 住所
氏名

対象者との続柄 ()

電話番号

対象者	ふりがな				生年	年 月 日		
	氏 名	□申請者と同じ			月 日			
	住 所	〒 □申請者と同じ						
がんの治療状況		医療機関名			疾患名			
		治 療 方 法	手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他 ()					
確認・同意事項		□ 私は、本申請に伴い、扶桑町長が住所要件の確認を行うため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。 □ 私は、県内他市町村から、同様の補助を受けていません。						
がんの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外見の変化を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください						
補助対象経費	補 整 具 の 種 類	ウィッグ		乳房補整具		エピテーゼ		
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有		無 ・ 有		無 ・ 有		
	購 入 年 月 日 (領収書を添付)	年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	領収書の宛名及び対象者との続柄	(続柄)		(続柄)		(続柄)		
	購 入 費 用	① 円 (税込)		③ 円 (税込)		⑤ 円 (税込)		
	補 助 金 額	② (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円 (1,000円未満切捨て)		④ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円 (1,000円未満切捨て)		⑥ (⑤の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円 (1,000円未満切捨て)		
補助金交付申請額 (②と④と⑥の合計額を記入)						円		
				(町記載欄) 補助決定金額		円		

振込先	金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
	銀行 農協 金庫 店	普通 当座		フリガナ

※補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

（添付書類）

1. 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外見の変化を証明する書類の写し（補助対象者氏名・医療機関名・具体的な治療内容（抗がん剤名や乳房切除術等）が記載されているもの。）
2. 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称が記載されているもの。）