

美幌町がん患者のアピアランスケア用品購入費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

美幌町長 様

〒

申請者 住 所

ふりがな氏 名

続柄（ ）

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号

美幌町がん患者のアピアランスケア用品購入費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ、関係書類を添えて申請します。

- ・過去に他の自治体が実施する同種の助成や本事業で上限に達するまで助成を受けていません。
- ・本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について美幌町が調査することに同意します。
- ・美幌町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を紹介することに同意します。

対象者 □申請者と同じ	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日（ 歳）
	住 所	〒 電話番号	
がん治療の状況	医療機関名 及び診療科		
	主治医名		
	治療方法	手術・薬物療法・放射線治療・その他（ ）	
助成金申請回数		初回 ・ （ ） 回目	
費	□ウィッグ等	購入年月日(領収書の日付) 年 月 日	購入費用（ア） 円（税込）
	□胸部補整下着	購入年月日(領収書の日付) 年 月 日	購入費用（イ） 円（税込）
	□シリコンパッド、 人工乳房等	購入年月日(領収書の日付) 年 月 日	購入費用（ウ） 円（税込）
	□エピテーゼ	購入年月日(領収書の日付) 年 月 日	購入費用（エ） 円（税込）
	助成対象額	購入費用(ア)(イ)(ウ)(エ)の合計 (オ) 円	(オ)の1/2の額(千円以下切捨て) (カ) 円
助成金申請額		助成金上限額(30,000 円)又は（カ）のいずれか少ない方の額 ※2 回目以降の申請額の上限は前回の助成金の残額 円	
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)		☐ がん治療を証明する書類の写し(治療方針計画書、診療明細書等) ☐ 補整具等の購入の領収書及びその明細がわかる書類(氏名、購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の名称の記載があるもの。) ☐ 助成金の振込を希望する金融機関の通帳の写し	
備 考			

【振込先】

金融機関名・支店名			口座番号							口座名義	
銀行 信金 農協	本店	普通								フリガナ ()	
	支店	当座								氏名	