

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町  
氏 名  
電話番号

印

## 串本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

串本町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請内容確認のため、町が保有する対象者の個人情報を見ることが及び対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対 象 者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日 年 月 日
	住 所	串本町		(電話番号)
医療用補整具の種類		ウィッグ	乳房補整下着	人工乳房・人工乳頭 右側・左側・両側
購入年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入費用(税込)		① 円(税込)	② 円(税込)	③ 円(税込)
助成金請求額(申請額) ※1,000円未満切り捨て		※①の1/2又は20,000円のいずれか低い額 円	※②の1/2又は10,000円のいずれか低い額 円	※③の1/2又は左右各20,000円のいずれか低い額 円
助成金請求額(申請額の合計)			円	
他からの助成の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

口座 名義 (申請者と同一)	名義(カナ)										
	名義(漢字)										
振 込 口 座	銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関	銀行・金庫				本店・支店				
		預金種別	普通・当座		口座番号						
	ゆうちょ銀行	種 別	記 号		番号(右詰めで記入)						
		総合口座(通常貯金)									

※代理申請欄(代理による申請及び請求(並びに受領)を行う場合のみ記入)

代 理 人	フリガナ 氏 名			対象者との続柄	
	住 所				
私は、がん患者アピアランスケア補助金の申請及び請求(並びに受領)に関する権限を上記代理人に委任します。					
委任者 氏 名					

## 【添付書類】

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

(がん治療に関する証明書(別記第2号様式)、医師の診断書、治療方針計画書等の写しのいずれか一つ)

医療用補整具の領収書の写し(補助対象者名、当該医療用補整具の購入日、購入品目、個数及び購入金額の記載のあるもの)

上記添付書類の他、治療内容や医療用補整具の確認のため必要とする書類