様式第1号

豊能町がん患者のためのアピアランスケア　助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

豊能町長　様

申請者　　住 所

氏 名

助成対象者との続柄　　本人・（　　）

電話番号

（助成対象者が成年の場合の申請者は助成対象者、未成年の場合の申請者は法定代理人となります）

豊能町がん患者のためのアピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入に要する経費の助成を申請します。なお、申請にあたり、町が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年　月　日	（　　歳）
	氏名		電話番号		
	住所	〒	豊能町		

過去の申請状況	過去に本町及び他市町村からがん治療に伴うウィッグ（毛付き帽子等、ケアネットを含む）購入費用の補助を受けたことがありますか。	□　はい	□　いいえ
		はいの場合は自治体名（　　）	
	過去に本町及び他市町村からがん治療に伴う乳房補整具（補整下着（補整下着とともに使用するパッドを含む）又は人工乳房（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く））購入費用の補助を受けたことがありますか。	□　はい	□　いいえ
		（はいの場合は自治体名と左・右どちらかに〇）	
		自治体名（　　）／　左・右	

購入を行った補整具	区分	(1)ウィッグ	(2)乳房補整具
	補整具の種類	(A) □ ウィッグ（ケアネットを含む）	(C)　□ 補整下着（補整下着とともに使用するパッドを含む）
		(B) □ 毛付き帽子等	(D)　□ 人工乳房（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除き、人工乳房を固定する下着等を含む）
	購入日	年　月　日	年　月　日
	申請額	※　購入費用（税込）×1/2 ア　　円(税込)	部位　（ 左 ・ 右 ） ※　購入費用（税込）×1/2 エ　　円（税込）
	補助限度額	イ　20,000　円	オ　（ 左 ・ 右 ）　各　20,000　円
	補助対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ　　円	【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ　　円

補助申請額	円	（※ウとカの合計を記入してください）

添付書類（添付した書類に☑をつけてください）	□	がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など医療機関発行の書類（がん治療を受けた又は現に受けていること、及びウイッグは抗がん剤等の治療がわかる書類、乳房補整具は外科的治療等による乳房摘出術と部位を証明する書類。写し可）
	□	補整具購入にかかる領収書（申請者名又は助成対象者名、購入日、購入品目、購入金額を証明する書類。領収書発行元の記載があること。写し可）
	□	申請者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できる書類（写し可）
	□	委任状（助成対象者と申請者が異なる場合。助成対象者が未成年の場合は不要）

振込先	金融機関名							銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店名		本店・支店 出張所
	口座番号	普通 ・ 当座								口座名義人 （申請者と同一）	カナ	
											氏名	