様式第２号（第６条関係）

波佐見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

　年　　　月　　　日

波　佐　見　町　長　　様

（申請者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（助成対象者との続柄：　　　　）

連絡先

波佐見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６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経費の助成を申請します。なお、申請に当たり、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町内関係機関への照会をすることについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | | ふりがな  氏　　名 | | | | | | | | | | | | 生年月日  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 住　　所　　波佐見町 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付要件 | | すべて該当する場合が対象です。確認の上、□にチェックをお願いします。  □ がんに係る治療を現に受けている又は過去１年以内に受けていた。  □ 補整具購入日から起算して、過去１年以上引き続き波佐見町内に住所を有している。  □ 町税等の滞納がない。  □ 過去に本助成金及び他自治体による事業による助成金等の交付を受けていない。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象の種類 | | | | | | | 購入日／取得日 | | | | | 支払金額（ア） | | | | 助成上限額（イ） | | 助成対象額  【ア又はイの  いずれか低い額】 |
| ウィッグ | Ａ　□医療用ウィッグ  又は毛付き帽子 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | ＡとＢの合計額  円 | | | | ２０，０００円 | | （１）  　　円 |
| Ｂ　□保護用ネット | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 乳房補整具 | Ｃ　☐補整下着  （下着とともに使用するパッドを含む。） | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | Ｃ又はＤの金額  円 | | | | ２０，０００円 | | （２）  円 |
| Ｄ　☐人工乳房（右・左）  （乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。） | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 各  １００，０００円 | |
| 診断書（この申請のためにがん治療受診の証明書を取得した場合） | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 円 | | | | ３，０００円 | | （３）　　　　円 |
| 助成申請額（※（１）、（２）、（３）の合計を記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| 添付書類  （添付した書類に☑してください） | | □ | | がん治療受診証明書（様式第１号）又は同等の証明書 | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 領収書（「申請者名」又は「助成対象者名」、「購入日」、「品目」、「購入金額」、「領収書発行元」等がわかるもの。ウィッグは「ウィッグ」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可）※補整下着＋人工乳房の申請はできません。 | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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ものの写し | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協・金庫 | | | | | | | | | | | | | 支店名 | | 支店・本店 | |
| 口座番号 | 当座・普通 | | | | | | | | | | | 口座名義人  （申請者と同一） | | カナ  氏名 | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  | |