

様式第1号 (第6条関係)

がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小鹿野町長 様

小鹿野町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。(☑をお付けください。)

過去に小鹿野町及び他の自治体を実施する同様の助成を受けていません。

申請にかかる対象の経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は他の自治体の助成対象ではありません。

この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、町税納税状況及び生活保護制度等の利用状況について小鹿野町が調査することに同意します。

小鹿野町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

申請に当たっては小鹿野町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱の内容を遵守します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日	歳
	氏名		電話番号		
	住所	〒 小鹿野町			
対象者	区分	<input type="checkbox"/> 申請者本人を対象者として申請します。(対象者欄の以下の項目の記入は不要) <input type="checkbox"/> 上記の者を申請者として委任します。(対象者欄の以下の項目の記入が必要) 対象者が18歳未満の場合は保護者が申請となります。			
	ふりがな		生年月日	年 月 日	歳
	氏名		電話番号		
	住所	〒 小鹿野町			
	助成内容	区分	(1) ウィッグ等	(2) 胸部補整具	
	購入日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	円 (税込み)	円 (税込み)		
	助成限度額	1万円	1万円		
	助成対象額	円	円		

申請額 円

添付書類

(☑をつけ添付漏れがないかご確認ください。)

本人確認証の写し (個人番号カード、運転免許証、住民票の写し等)

薬物療法に関する説明書・診断書・治療方針計画書等の写し (がん治療を受けたこと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などによる乳房の変形を証明する書類に限る。)

領収書 (宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細書、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。原本に限る。)

(申請者) 振込先	金融機関名	銀行・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

以下小鹿野町記載欄

受付日	審査項目			審査結果	
	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 購入内容	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 不交付
	<input type="checkbox"/> 振込先	<input type="checkbox"/> 購入日	<input type="checkbox"/> 助成歴	助成決定額	
				円	