

京丹波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

年 月 日

京丹波町長 様

申請者 住所

氏名 (印)

電話番号

京丹波町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱に基づき、以下のとおり申請します。

なお、申請にあたり、助成対象者の住民基本台帳に記載された情報を照会することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

助 成 対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名	□申請者と同じ			
	住所	〒 □申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()		
助 成 対 象 経 費	補整具の種類	ウィッグ等		乳房補整具（補整下着・人工乳房）	
	本町・他からの助成の有無	無 ・ 有		無 ・ 有	
	購入年月日				
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）		
	申請額	①の 1/2 又は 3 万円のいずれか少ない額 ③ 円	補整下着：②の 1/2 又は 2 万円のいずれか少ない額 人工乳房：②の 1/2 又は 5 万円のいずれか少ない額 ④ 円		
申 請 額（③と④の合計を記入してください） 円					
添付書類		☐ 本人確認書類 ☐ がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し（抗がん剤使用や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類） ☐ 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、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 ） ☐ 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカード）			

※1 助成対象者が未成年の場合は、法定代理人が申請してください。

※2 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を除く）は、委任状を添付してください。

振込先口座

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								口座名義人	カナ	
										氏名	