

上郡町がん患者アピアランスサポート事業申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者氏名
 （助成対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載）

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。
 なお、次のことについて同意します。

- 上郡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
- 上郡町から県に対し、上郡町の助成実績に係る情報を提供すること

助成対象者	ふりがな							生 年 月 日		
	氏 名							年 月 日 (歳)		
	住 所	〒						電話 () E-mail:		
申請者※	ふりがな				助成対象者との関係					
	氏 名									
	住 所	〒			電話 () E-mail:					
過去の助成実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む）購入経費の助成を受けたことがありますか。						はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)			
	過去に県内市町からがん治療に伴う乳房補正具（補正下着（下着とともに使用するパッド含む）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。））購入経費の助成を受けたことがありますか。						はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)			
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む）			乳房補正具（補正下着又は人工乳房のいずれか）					
					補正下着 (下着とともに使用するパッド含む)			人工乳房		
	購 入 日	年 月 日			年 月 日					
	購 入 費 用	ア 円(税込)			エ (補正下着の金額) 円(税込)			キ (人工乳房の金額) 円(税込)		
	助成限度額	イ 50,000円			オ 10,000円			ク 50,000円		
助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 円			カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円			ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円			
助成申請額		円 (※ウとカ又はウとケ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)		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（写し可） <input type="checkbox"/> 領収書（購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。） <input type="checkbox"/> 住民票（世帯全員。発行から3か月以内で、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。写し可。） <input type="checkbox"/> 要綱別表1に記載する所得を証明できる書類（1月～5月の申請の場合は前々年、6月～12月の申請の場合は前年の所得に係るもの。写し可。）								
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協						本店・支店 出張所		
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)							
	口座番号								左詰記入	
申請受理年月日	年 月 日			(承認・不承認) 決定年月日			年 月 日			
受給者番号										

注) 二重線以外の枠に記入してください。

※ 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。