様式第１号（第５条関係）

日之影町アピアランスケアサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

日之影町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※１（下記助成対象者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

日之影町アピアランスケアサポート事業実施要綱第５条第１項の規定に基づき、下記のとおり交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| がんの治療状況 | 医　療　機　関　名 | 治　療　方　法 |
|  | 手術　・　化学療法　・　放射線その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| がん治療を受けた又は受けていることを証明する書類 | ・お薬手帳　　　　・診療明細書　　　　・治療方針計画書・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 医療用ウイッグの購入状況 | 購　入　年　月　日 | 購入費用額（助成対象の費用） |
| 年　　　　月　　　　日 | 円 |
| 他からの助成受給の有無 | 有　　　・　　　無 |
| **助成金交付申請額**　（※対象経費と２万円のいずれか少ない方の額） | 円 |

記

**【添付書類】**

１　脱毛の副作用があるがんの治療を受けたこと又は受けていることを証明する書類（診療明細書、治療方

　針計画書等）の写し

２　医療用ウイッグを購入したことを証明する書類（商品名、金額、金額の明細、領収日、申請者の氏名、領

収書発行者の名称及び住所が記載されたもの）の写し

３　同意書（別紙様式第２号）

４　その他町長が必要と認める書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先※申請者の口座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　　　　当座 | 口　座　番　号 |
| （フリガナ）口座名義人 |  |

※１申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。