

がん患者アピアランスサポート事業申請書

年 月 日

(あて先) 福崎町長 様

申請者氏名
(補助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補助を申請します。
なお、次のことについて同意します。
☐ 福崎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
☐ 福崎町から県に対し、市町の補助実績に係る情報を提供すること
☐ 福崎町が税務情報による世帯全員の所得等の調査を行うこと

補助対象者	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	補助対象者との関係								
	氏 名									
	住 所	〒 電話 () E-mail:								
過去の補助実績	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)購入経費の補助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。))購入経費の補助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:)		
補助対象経費	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)			(補正下着の金額) エ 円(税込)		(人工乳房の金額) キ 円(税込)			
	補助限度額	イ 50,000円			オ 10,000円		ク 50,000円			
	補助対象額	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			
補助申請額		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)		☐ 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) ☐ 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。) ☐ 身分を確認できる書類(運転免許証、保険証等)の写し								
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。