

士幌町長 様

士幌町がん患者アピアランスケア助成事業交付申請書兼請求書

私は、士幌町がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び請求します。なお、申請に当たり、町が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

申請者	フリガナ		電話番号
	氏名	(本人が自書する場合は押印不要)	
	住所	〒	対象者との続柄
対象者	フリガナ		生年月日
	氏名	□申請者と同じ	年 月 日
	住所	〒 □申請者と同じ	電話番号 □申請者と同じ
がんの治療状況	医療機関名		がんの種類
	主治医名		治療方法 手術・放射線・薬剤 その他()
申請区分 (該当するものに○を付けてください。)		医療用ウイッグ等	乳房(胸部)補整具【左・右】
過去の受給の有無		有・無	有・無
※ 過去に他の市町村で購入助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。			
申請内容	購入年月日	年 月 日	年 月 日
	購入費(税込価格)	(ア) 円	(エ) 円
	助成上限額	(イ) 30,000円	(オ) 50,000円
	助成申請額 (100円未満切捨て)	【ア又はイのうちいずれか低い額】 (ウ) 円	【エ又はオのうちいずれか低い額】 (カ) 円
	助成申請合計額	円	(※ウとカの合計を記入してください。)
振込先	金融機関名	銀行・信金 組合・農協	支店名 本店 支店
	種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	普通・当座		
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 申請者との続柄:			

添付書類

- 申請者及び助成対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、住民票、資格確認証等）
- がんの治療を受けている、又は受けたことを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等の写し）
- ウイッグ等を購入した日付及び金額の明細が分かる書類（領収書等）
- 振込先口座が確認できる書類（通帳やキャッシュカード等、振込先の金融機関名、支店名、預金種別、口座名義人及び口座番号が分かるページの写し）
- その他町長が必要と認める書類