

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) 太子町長 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。

- 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
- 町から県に対し、町の補助実績に係る情報を提供すること
- 町税等の賦課及び完納状況を照会すること

補助対象者	ふりがな			生 年 月 日	配偶者の有無			
	氏 名			年 月 日 (歳)	有 ・ 無 (氏名:)			
申請者※	ふりがな			補助対象者との関係				
	氏 名							
過去の補助実績	住所	〒		電話 ()	E-mail:			
	住所	〒		電話 ()	E-mail:			
過去の補助実績	過去に太子町を含む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:)			
	過去に太子町を含む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)				
	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	円	オ	円	ク	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)	<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2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。) <input type="checkbox"/> 納税証明書等							
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			
整理番号				町 確 認 欄	①所得金額確認	②町税等完納状況	賦 課	完 納
注) 二重線以外の枠に記入してください。					400万円未満 ・ 以上	町 税	有・無	済・未
※ 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。						介護保険料	有・無	済・未
※ 申請者以外の口座を振込先に指定する場合は、別途委任状の提出が必要です。						水道料金等	有・無	済・未