

記入例

がん患者アピアランスサポート事業申請書

提出日を記入

令和〇 年 △ 月 × 日

(あて先) 太子町長 様

補助対象者名を記入
(対象者が未成年の場合は申請者欄の氏名を記入)

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	たいし はなこ		生年月日	昭和40年1月1日(58歳)			配偶者の有無	有・無		
	氏名	太子 花子						(氏名: 太子 太郎)			
申請者※	住所	〒671-1592 兵庫県揖保郡太子町鵜280-1		電話	079(〇〇〇)××××			E-mail:			
	ふりがな			補助対							
過去の補助実績	氏名			この欄は補助対象者が未成年の場合に保護者等が申請者として記入する。							
	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	令和〇年×月△日		補正下着 (下着とともに使用するパッド含む)			人工乳房				
	購入費用	ア	55,000	円(税込)	エ	(補正下着の金額)		キ	(人工乳房の金額)		
	補助限度額	イ	50,000	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】	50,000		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	50,000 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 checked="" 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 checked="" 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) <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	兵庫西		銀行・金庫	太子		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、申請者と同じ)		農協					タイシ ハナコ	
	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	左詰記入			
申請受理年月日									日		
整理番号	この欄は記入しない								完納		

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。

※ 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。

400万円未満・以上	町	税	有・無	済・未
			有・無	済・未
			有・無	済・未