

様式第1号（第6条関係）

日野町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

日野町長 様

申請者 住所 日野町

氏名

㊞

日野町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請し、および請求します。

また、助成金の交付の審査に当たり、町税納付状況等の確認を行うことに同意します。

助成対象者	(フリガナ) 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	〒	
	電話番号		
がんの治療状況	医療機関名		
	主治医氏名		
	治療開始時期		
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
抗がん剤等による治療を受けていることを証する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
補整用具等が必要な理由			
購入した補整用具等	種類	<input type="checkbox"/> 医療用等ウィッグ（皮膚保護用ネットを含む）または帽子 <input type="checkbox"/> 乳房補整具（右側） <input type="checkbox"/> 乳房補整具（左側）	
	購入年月日	年	月 日
	購入実額	円	
他の助成金の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有（助成額： 円） <input type="checkbox"/> 無		
交付申請金額	※10,000円（乳房補整具の左右を同時に申請する場合にあっては、左右それぞれ10,000円） または購入額のいずれか少ない方の額（1,000円未満切捨て） 円		
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店・支店 出張所・代理店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

- ※ 添付書類
- 1 脱毛の副作用がある抗がん剤治療の受療を証明する書類（医療用等ウィッグ等の場合）
  - 2 がん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類（乳房補整具の場合）
  - 3 補整用具等を購入した金額の明細が分かる書類（領収書の写し）