様式第1号(第6条関係)

吉備中央町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

年　 　月　 　日

吉備中央町長　　　　　　　　様

吉備中央町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。なお、申請するに当たり、町が保有する対象者の住民票を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助対象者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 年　 　月 　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　‐加賀郡吉備中央町 | 電話番号 |
|  |
| 申請者 | 区分 | □ 対象者本人を申請者として申請します(申請者欄の以下の項目は記入不要です。)。□ 下記の者を申請者として委任します(申請者欄の以下の項目に記入してください。)。(注)補助対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。委任者　氏名：　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  | 補助対象者との関係 | 生年月日 |
| 氏　　名 |  |  | 　　年　 　月　　 日 |
| ※申請者の本人確認書類又は補助対象者との代理関係を証する書類の写しを添付してください。 |
| 住　　所 | 〒　　　‐　　　　　 □ 補助対象者と同じ | 電話番号 |
|  |
| 補助対象経費 | 区　　分 | ウィッグ | 乳房補整具 |
| 全頭用ウィッグ | 装着用ネット | (人工乳房、補整パッド、補整下着) |
| 購 入 日 | 年　 月　 日 |  年 　月 　日 | 年　 　月　 　日 |
| 購入金額 | ｱ 円 | ｲ 円 | ｳ 　 円 |
| 補助申請額(千円未満切り捨て) | ｱとｲの合計額の1/2の額又は3万円のいずれか低い額ｴ　 　　　　　　　　　　　　　 円 | ｳの1/2の額又は3万円のいずれか低い額ｵ 　　　 　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行・金庫農協・組合 | 本店・支店　支所・出張所 |
| フリガナ |  | 預金種別 | 普通・当座 |
| 口座名義(補助対象者) |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

裏面に続きます

添付書類の確認　全てに☑をつけること

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 補整具の購入に係る領収書等の写し購入者氏名（申請者又は補助対象者）、購入年月日、購入品名、購入金額とその内訳、領収書発行元の名称の記載があるもの。（ウィッグの場合は、台数の記載も必要。）【例】領収書など（複数添付による確認可） |
| □ | 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類がん患者氏名、医療機関名及びがんの診断及び治療により脱毛を伴う副作用若しくは外科的治療による乳房の変形や欠損またはそれらのおそれが見込まれることが記載されているもの。【例】化学療法等に関する説明書や治療方針計画書など（複数添付による確認可） |
| □ | 振込先金融機関の通帳等の写し金融機関名、支店名、口座種別、口座名義（カタカナ）、口座番号が確認できる箇所をコピーしてください。 |