

新温泉町がん患者アピアランスサポート事業申請書

年 月 日

新温泉町長 様

申請者氏名（署名）
（助成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助成を申請します。
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、町の助成実績に係る情報を提供すること。
- 町が助成の適否を判断するため、町が保有する申請者及びその世帯の町民税に関する個人情報を見ることがあること。

助成対象者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日（ 歳）	
	住 所	〒		電話（ ） E-mail:	
申請者※	ふりがな			助成対象者との関係	
	氏 名				
	住 所	〒			
過去の助成実績	過去に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を含む。）購入経費の助成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を含む。）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。））購入経費の助成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:)
助成対象経費	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を含む。)		乳房補正具(補正下着又は人工乳房のいずれか)	
				補正下着 (下着とともに使用するパッドも含む。)	人工乳房
	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)
	助成限度額	イ	50,000円	オ 10,000円	ク 50,000円
助成対象額	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】	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】
助成申請額	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 振込先の金融機関の通帳名義及び口座番号が確認できるものの写し				
振込先	金融機関名			支 店 名	
	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	
受給者番号					

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。