

様式第1号（第5条関係）

大紀町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金申請書兼請求書

年 月 日

大紀町長

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄 ()
電話番号 ()

大紀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5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

| | | | | |
|--------------------------|--|--|------|-------|
| 対象者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 大紀町 | | |
| | 電話番号 | | | |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | | | |
| | 疾患名 | | | |
| | 治療方法 | <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 手術 <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"/> 調剤明細書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 () ※いずれかの写しを添付してください。 | | | |
| 補整具の種類 | <input type="checkbox"/> 医療用等ウィッグ（皮膚保護用ネット・附属品、ケア用含む） <input type="checkbox"/> 乳房補整具 | | | |
| 購入年月日 | 年 月 日 | | | |
| 購入額 | 円（税込） | | | |
| 他の補助金の受給の有無 | <input type="checkbox"/> あり（補助額 円） <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 補助申請額 | （補助対象額の2分の1 上限50,000円）※1,000円未満は切り捨て 円 | | | |

| | | | |
|-----|-------|---|----------|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 信金 信組 農協 | 本店 支店 |
| | 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 | | |

（添付書類）

1. がん治療を受けていること及びがん治療にともない脱毛または乳房を切除したことを証明する書類の写し（ご本人名・抗がん剤名または乳房切除術・医療機関名が記載されたもの）
2. 補助用具の購入に係る領収書（原本）（購入者氏名、購入日、購入額、購入内容、発行者名の記載があるもの）
3. 他から補助等を受けている場合は、補助等を受けたことがわかる書類