

（あて先）久御山町長

久御山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

久御山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5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。（□にチェック☑をしてください。）

□申請する補整具について過去に久御山町及び他の自治体を実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。

□申請にかかる対象経費について、医療保険各法による給付、並びに国又は地方公共団体の助成対象ではありません。

□この事業に関し助成対象者の住民基本台帳を参照することや必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな氏名		生年月日	年	月	日
	住所	〒 久御山町				
	電話番号	— —				
申請者	区分	（いずれかに☑チェックをしてください。） <input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者覧の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 私は下記の者を代理人として定め、助成金交付申請に係る関係書類の提出及び当該助成金の請求に関する手続きについて、委任します。 ※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。				
	ふりがな氏名		生年月日	年	月	日
	住所	〒				
	電話番号	— —	対象者との関係			
助成対象補整具と金額	補整具種類	ウイッグ等	乳房補整具（(1)又は(2)のいずれか）			
		ウイッグ等	(1)補整下着	(2)人工乳房		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用（ア）	円	円	円		
	アの1/2の額（イ）	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て		
	上限額（ウ）	30,000円	20,000円	50,000円		
	申請額（イ又はウの少ない額）	円	円	円		
申請額合計	円					

振込先口座（原則、対象者の名義で記載してください。）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所				
預金種別	普通・当座	口座番号					
口座名義	(フリガナ)						

- 【添付書類】
- 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写しなど。申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要。）
  - がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し（がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書など）
  - 補整具の購入に係る領収書及びその明細書の原本（あて名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）