

別記第1号様式（第5条関係）

上富田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

上富田町長 様

関係書類を添えて次のとおり補整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。

☐ 過去に上富田町及び他の自治体が実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていないこと。

☐ 記載内容に疑義が生じた場合、上富田町から医療機関に治療内容等を照会すること。

対象者	ふりがな					生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			(歳)	
	氏名	印				電話番号					
	住所	〒 - 上富田町									
申請者	区分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下項目の記入は <u>不要</u> ） ☐ 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下項目の記入が <u>必要</u> ） ※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					生年月日	年 月 日			(歳)	
	氏名	印				電話番号					
	住所	〒 - ☐ 対象者と同じ									
	申請区分	ウィッグ等				乳房補整下着			人工乳房・人工乳頭		
補整具の種類	(A) ☐ ウィッグ(保護ネット含む)				(D) ☐ 補整下着 ※下着とともに使用するパッドを含む			(E) ☐ 片側 ☐ 両側 ※乳房再建術などによって体内に埋め込まれたものを除く			
	(B) ☐ 毛付き帽子、ケア帽子										
	(C) ☐ 頭皮保護ネットのみ										
購入日	年 月 日				年 月 日			年 月 日			
購入費用	ア	円				ウ	円		オ	右側	円
										左側	円
助成限度額	イ	20,000 円				エ	10,000 円		カ	左右各20,000 円	
助成対象額	【アの1/2又はイのうちいずれか低い額】				【ウの1/2又はエのうちいずれか低い額】			【オの1/2又はカのうちいずれか低い額の計】			
	① 円				② 円			③ 円			
助成金請求額（申請額） ※①と②と③の合計金額を記入してください。※1,000円未満は切り捨て。							円				
(振込先)	金融機関名	銀行 農協 金庫 組合				支店名	本店・支店 出張所				
	金融機関コード					支店コード					
	口座番号	普通・当座							カナ 氏名		
添付書類 (☑をつけ、添付 もれがないかご確 認ください)		☐ 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。） ☐ がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診断書、お薬手帳などの写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） ☐ 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳又はキャッシュカードの写し） ☐ 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写しなど）									