

蟹江町がん患者アピアランスケア支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

蟹江町長 殿

空欄にしてください。

対象者本人の申請が原則ですが、代理で申請をされる場合は委任状が必要です。

申請者 住所 蟹江町西之森七丁目65番地
 氏名（自署） 蟹江 花子
 助成対象者との続柄（ 本人 ）
 電話番号（ 96-5711 ）

対象者	ふりがな			生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名	〇〇病院	治療内容のわかるものを添付してください。 ウィッグ：病名、抗がん剤の処方日など 乳房補整具：病名、手術内容など	
		疾患名	乳がん		
		治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術・ <input checked="" type="checkbox"/> 放射線・ <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤・その他（ ）		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有		<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	購入年月日（領収書の日付）	令和〇年〇月〇日		令和〇年〇月〇日	
	領収書の名前及び本人との続柄	蟹江花子（続柄 本人）		蟹江花子（続柄 本人）	
	購入費用	① 38,500 円（税込）		② 66,000 円（税込）	
	助成対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 19,250 円		④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 20,000 円	
助成金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）				39,250 円	
				助成対象となるものの金額(税込み)を記載 円	

振込先	金融機関名	〇〇銀行	本・支店名	〇〇 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	(フリガナ)	(カニエ ハナコ)		
	口座名義人	蟹江 花子		

(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又は乳房を切除したことを証明する書類の写し（ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
2. 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）