

様式第1号（第5条関係）

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（ **0567-96-5711** ）

対象者	ふりがな			生年月日	昭和○年○月○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	○○病院		
		疾患名	乳がん		
		治療方法	手術・放射線・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部位の変形や欠損を証明する書類		・お薬手帳 ・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	エピテーゼ	
	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	無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	令和○年 ○月 ○日	令和○年 ○月 ○日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	<b>蟹江 花子</b> (続柄 <b>本人</b> )	<b>蟹江 花子</b> (続柄 <b>本人</b> )	(続柄 )	
	購入費用	① <b>38,500</b> 円 (税込)	② <b>66,000</b> 円 (税込)	③ 円 (税込)	
	助成対象額	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) <b>19,250</b> 円	⑤ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) <b>20,000</b> 円	⑥ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	
助成金交付申請額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください）				<b>39,250</b> 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	○○銀行	本・支店名	○○ 本店・支店
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ 当座	口座番号	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
	(フリガナ)	( <b>カニエ ハナコ</b> )		
	口座名義人	<b>蟹江 花子</b>		

(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部位の変形や欠損をしたことを証明する書類の写し（ご本人名・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。）