様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

愛荘町アピアランスケア用品購入費用助成申請書兼請求書

愛荘町長

　申請者　住　所　愛荘町

氏　名

助成対象者との続柄

電　話

愛荘町アピアランスケア用品購入費用助成要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、同条第2項の規定による交付決定を受けた場合は、当該交付決定の日を請求日とし、交付決定額を請求額として助成金を請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | （フリガナ） |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | □申請者と同じ |
|  | 電話番号 | □申請者と同じ |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | 治療方法 |
|  | □手　術　 □放射線 　□薬　剤　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 購入した補整具 | □ウイッグ等　　　□乳房補整具（右側）　　□乳房補整具（左側） |
| 助成金申請金額 | 　　　　　　　　 　　円　(1万円または購入額のいずれか少ない方の額(1,000円未満切捨て) |
| □私は、他の制度による補整具の購入費用の助成を受けていません。□私は、助成金の交付に関し、愛荘町が住民基本台帳等公簿を閲覧すること同意します。 |
| 振込先（申請者　の口座） | 金融機関名 | 銀行信用金庫農協 | 本店 支店 出張所 |
| 預金種別 | □01:普通　□02:当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |

添付書類

□がん治療を受けたまたは治療中であることを証明する書類(診療明細書・治療計画書・お薬手帳等)の写し

□購入した補整具の内容および購入日や購入金額が分かる書類（領収書等）の写し

□振込口座が確認できる書類（通帳等）の写し