

様式第 1 号（第 5 条関係）

嵐山町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

嵐山町長 佐久間 孝光 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
(申請者が助成対象者と異なる場合) 続柄

嵐山町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第 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。なお、当該申請の審査にあたり、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関や購入店舗に問い合わせることに同意します。

助成対象者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日				
	電話番号				
	住 所	〒			
過去における本事業による助成の有無		無 ・ 有	（ 頭髪補助具 乳房補整具 ）	県内他市町村での助成や 他の法令に基づく同種の助成の有無	無 ・ 有
助成対象費用	区 分	頭髪補助具		乳房補整具	
	購 入 日	年 月 日		年 月 日	
	購 入 費 用	円 (税込)		円 (税込)	
	購入金額×1/2	円 (ア) (1,000円未満切捨)		円 (イ) (1,000円未満切捨)	
	助 成 額 上 限	10,000円 (ウ)			
	助 成 金 額	ア又はウのいずれか少ない方の額 円		イ又はウのいずれか少ない方の額 円	
添付書類	☐ 本人確認ができる書類 ☐ 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（医療機関が発行するがんの治療に関する説明書、医師の診断書、治療方針計画書等）の写し ☐ 助成対象補助具の購入に係る領収書及び明細書（購入者、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元の記載があるもの）の写し ☐ 振込先口座の通帳（助成対象者名義及び助成対象者が未成年の場合は、親権者名義の口座も可。）の写し				
助成対象者の 振込先口座	金融機関名			本・支店名	
	預金種別	普通 当座	ふりがな		
			口座名義人		
	口座番号				

※助成対象補助具を購入した日の翌日から起算して1年以内に申請してください。