

錦町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

錦町長 様

錦町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第 7 条の規定により、錦町がん患者アピアランスケア推進事業助成金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				電話番号	
	氏名					
	住所	〒	対象者との続柄			
対象者	フリガナ				生年月日	
	氏名				年 月 日	
	住所	〒 □申請者と同じ				
がんの治療状況	医療機関名					
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他 ()		
過去の受給の有無※	有・無 ※過去に購入助成を受けた事がある場合、「有」に○を付けてください。					
購入した用具	購入年月日	購入費 (税込価格)		助成申請額 ※20,000 円と購入費 (左記) に 2 分の 1 を乗じた額との低い方の額。		
	年 月 日	円		円		
振込先	銀行 農協 金庫 その他 ()			本店 支店 出張所		
	種別	口座番号			口座名義人 (カタカナ)	
	普通・当座					
<p>口座名義が申請者と異なる場合上記、助成金の受領に関する事を次の者に委任します。</p> <p>委任者 (申請者) 氏名 受任者 住所</p> <p>氏名</p>						

様式第1号（裏面）（第7条関係）

（誓約・同意事項）にチェック（）を記入してください。

- この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、納税状況等）の提供、確認及び調査に同意します。
- これまでに本事業及び他市町村から、同種の用具に係る助成等を受けたことはありません。
- （助成対象者が18歳未満の場合）申請者は法定代理人に該当します。
- 申請にあたっては錦町がん患者アピランスケア推進事業実施要綱の内容を遵守します。

（添付書類）

1. 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の写し（ウィッグ等の場合、患者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの。乳房補整具等の場合、患者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
 2. 用具の購入に係る領収書及びその明細書の写し（購入者の氏名、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。）
 3. 振込先口座の通帳等の写し
 4. 委任状（様式第2号）（申請者と対象者が異なる場合）
- ※対象者が18歳未満の場合を除く。