

和水町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

和水町長 様

- ☐ 和水町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。
- ☐ 過去に和水町及び他の自治体が実施する補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。
- ☐ 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- ☐ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記録された情報等について和水町が調査することに同意します。
- ☐ 和水町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。
- ☐ 申請に当たっては和水町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱の内容を遵守します。

申請者	ふりがな							生年月日	年 月 日			(歳)				
	氏名	印						電話番号								
	住所	〒 -														
	区分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。（対象者欄の項目の記入は不要です。） ☐ 上記の者を申請者として、委任します。（対象者欄の項目の記入が必要です。）														
対象者	ふりがな							生年月日	年 月 日			(歳)				
	氏名							電話番号								
	住所	〒 -														
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ						(2) 乳房補整具								
	補整具の種類	(A) ☐ ウィッグ（保護ネットを含む。）						(C) ☐ 補整下着 (D) ☐ 人工乳房 (下着とともに使用するパッドを含む。)(乳房再建術等によって体内に埋め込まれた物を除く。)								
		(B) ☐ 毛付き帽子														
	購入日	年 月 日						年 月 日								
	購入費用	ア, 円						エ, 円								
	助成限度額	イ, 20,000 円						オ, 20,000 円								
	助成対象額	(アの1/2又はイのうちのいずれか低い額) (1,000円未満切捨て) ウ,						(エの1/2又はオのうちのいずれか低い額) (1,000円未満切捨て) カ,								
申請額（ウとカの合計金額を記入してください。）								円								
添付書類 (☑を付け、添付漏れがないか御確認ください。)		☐ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）、住民票の写しなど） ※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 ☐ がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらが見込まれることが分かる書類）などの写し ☐ 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの 乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。） ☐ 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し）														
振込先	金融機関名	肥後銀行・熊本銀行・玉名農協・ゆうちょ銀行・（ ）								支店名	本店・支店出張所					
	口座番号	普通・当座								口座名義人 (申請者と同一)	カナ					
		記号 (ゆうちょ)	1				0	番号 (ゆうちょ)							1	

以下和水町記載欄

受付日	審査	項目	可否	備考	決定年月日	(☐ 交付・ ☐ 不交付)	
		住所	☐ 可 ☐ 否			助成決定額	年 月 日 円
		治療	☐ 可 ☐ 否				
		購入日	☐ 可 ☐ 否				
		購入内容	☐ 可 ☐ 否				
		振込先	☐ 可 ☐ 否				
		助成歴	☐ 可 ☐ 否				