

様式第 2 号（第 6 条関係）

大津町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）大津町長

私は、大津町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第 6 条の規定により、大津町がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、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	〒	補助対象者との続柄	
補助対象者	□申請者と同じ 申請者が補助対象者の場合は、この欄の記入は不要			
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏名		年 月 日	
	住所	〒		
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、医療保険各法による医療に関する給付を受けたことがある場合、「有」に○を付けてください。		
購入した用具	区分	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。
	□ウィッグ等	年 月 日	円	円
	□乳房補整具等	年 月 日	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			
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、補助金の受領に関することを次の者に委任します。 委任者（申請者）氏名 受任者 住所 氏名				

様式第 2 号（裏面）（第 6 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について、町長が関係機関に確認し、又は提供を求めることに同意します。
- ☐ これまでに県内他市町村から、同種の用具に係る補助等を受けたことはありません。
- ☐ （補助対象者が 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、大津町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱の内容を遵守します。

（確認書類）

- ☐ 本人を確認する書類（代理申請の場合は代理人本人を確認する書類）
※マイナンバーカード、免許証、健康保険被保険者証など
- ☐ 下記の①と②を証明する書類のコピー（患者名、医療機関名、（ウィッグの場合）抗がん剤等の脱毛原因となった治療内容、（乳房補整具等の場合）乳房切除術等の記載があるもの）
 - ①がん治療を受けた（又は現に受けている）こと
 - ②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※入院診療計画書、治療計画書、お薬手帳など
- ☐ 用具の購入を証明する書類のコピー（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。）
- ☐ 振込口座が確認できる書類のコピー（金融機関名、支店名、口座種別、口座名義人（カタカナ）、口座番号が確認できるもの）
※通帳、キャッシュカードなど
- ☐ 委任状（様式第 1 号）（申請者と対象者が異なる場合）
※代理人が申請を行う場合のみ。ただし、補助対象者が 18 歳未満の場合は不要