第１号様式（第６条関係）

伊奈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

（宛先）

伊奈町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

申請者　　住　　所

　氏　　名

　続　　柄

電話番号

伊奈町がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、伊奈町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

　また、申請内容の確認のために伊奈町が住民基本台帳等を照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | | 生 年 月 日 | | | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | 電 話 番 号 | | |  |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| がんの治療状況 | | 医療機関名 | 主治医名 | | | 治療方法 | |
|  |  | | | 手術・放射線・薬剤・  その他（　　　　　　） | |
| アピアランスケア  用品の種類 | | □ ウィッグ（保護ネット含む）  自治体名 | | | □ 乳房補整具  自治体名 | | |
| 市町村からの助成有無 | | * 無　□ 有 | | | * 無　□ 有 | | |
| 購入日 | | 年　　　月　　　日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 購入額 | | 円 | | | 円 | | |
| 上限額 | | １０，０００円 | | | １０，０００円 | | |
| 交付申請額 | | 円 | | | 円 | | |

※交付申請額は、購入額と上限額を比較して低い額を記入してください。

振込先（伊奈町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の受領権限を次の口座名義の者に委任します。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  農　　協  信用金庫 | 支店名 | 本　店  支　店  出張所 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

【添付書類】下記書類の写しを添付してください。

* がん治療（抗がん剤、手術等）を証明する書類（診療明細書、治療方針計画書、同意書等）
* アピアランスケア用品購入を証明する書類（購入年月日、購入額等が記載されているもの）
* 振込先金融機関が確認できる書類（通帳又はキャッシュカード）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 住民基本台帳による住民登録の確認（購入日時点） | 住定日　　　　年　　月　　日  （確認日　　　　年　　月　　日） |
| 他の市町村での助成状況の確認（必要時、他市町村へ照会） | 確認日　　　　年　　月　　日 |
| 治療の状況等について医療機関への確認（必要時） | 確認日　　　　年　　月　　日 |

町確認欄