

箕輪町アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

箕輪町長

申請者 住 所 箕輪町大字

署名又は記名押印

交付対象者との続柄 ( )

電 話 番 号 - -

箕輪町アピアランスケア助成金交付要綱により下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお担当者が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税資料等の情報を確認することに同意します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、関係機関等に対し照会することを承諾します。

交付対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	住 所	〒 電話番号			
がんの 治療状況（実績）	医療機関名 及び診療科				
	主治医名				
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療（入院）計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
助成対象補整具及び経費等	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他
			左房用	右房用	
	補整具の内容 及び 購入年月日 (領収書の日付) ※複数ある場合は それぞれ記載				
	領収書の名前及び 交付対象者との続 柄	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )
	購入費用計 (税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額	② 円 (1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (1,000円未満切捨て)
助成額	③ 円 (②又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑩又は20,000円の どちらか少ない方の額)	
助成金交付申請金額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）				円	

(添付書類)

ア がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）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の写し

イ 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、購入した助成対象補整具の品名等の記載のあるもの）

ウ 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳の写し

エ 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(裏面もご確認ください。)

**確認事項**（以下の確認事項の該当するものに☑又は記載してください。）

1 過去に県内他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成は受けていません。

はい いいえ

2 今回申請する補整具は、他の都道府県や他の都道府縣市町村から助成を受けていません。

はい いいえ

3 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は、以下のとおりです。

（該当する場合のみ記載）

---

（記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等）