

様式第1号（第5条関係）

坂城町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

（申請先）坂城町長

住所 _____

申請者 氏名 _____ ⑩（続柄 _____）

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

※裏面の確認事項も必ず記載してください。

対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日（ 歳）
	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"/> 放射線療法 <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（ _____ ）				
補助対象経費	用品の区分	頭髪補整具	乳房補整具		その他 （エビテーゼ）
	用品の内容 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		左房用	右房用	
	領収書の宛名及び本 人との続柄	（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 （1,000円未満切捨て）	② 円	⑤ 円	⑧ 円	⑪ 円
補助対象額	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 （⑪又は20,000円のどちらか少 ない方の額）	
補助金交付申請額 （※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）					円

（添付書類）

- 本人確認書類（運転免許証、健康保険証又はマイナンバーカードその他公的身分証明書）の写し
- 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
- 用品の購入に係る領収書及びその明細書（購入した用品等の品名、購入に要した費用の内訳、購入した日及び購入した者その他必要事項を確認することができる書類）の写し
- その他町長が必要と認める書類

確認事項（□欄にレ印を記載してください。）

- 1 今回申請する用品は、国又は他の地方公共団体からの補助を受けていません。
はい いいえ
- 2 今回申請する用品と同一の区分のものの購入に要した経費に対し、過去に国又は他の地方公共団体から補助金を受けていません。
はい いいえ

注意事項