

様式第1（第5条関係）

東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

記入日を記入してください。 2026年 4月 1日

東浦町長

補助を受ける方(がん患者)の住所、氏名、電話番号(昼間連絡が取れる番号)を記入してください。
18歳未満の方が申請を受ける場合は保護者の内容を記入してください。

住所 東浦町石浜字岐路999番地
氏名 東浦 太郎
電話番号 0562-00-0000

下記のとおり、東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金を申請します
記

1 対象者等

対象者	ふりがな	ひがしうら たろう		生年 月日	1948年 6月 1日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	該当する方は、チェックをしてください。		
がんの治療状況	医療機関名	××病院			
	疾患名	〇〇がん			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()			
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による外見の変形を証明する書類	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 ()				
補助対象経費	補正具の種類	ウィッグ	胸部補正具	エピテーゼ	
	補正具について過去の補助の有無	無・有	無・有	無・有	
	購入年月日 (領収書の日付)	2025年 4月 1日	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	東浦 太郎 (続柄) 本人	(続柄)	(続柄)	
	購入費用(税込)	50,000円	円	円	
	補助対象額 (購入費用(税込)×1/2)	25,000円 ①	円 ②	円 ③	
	補助限度額	20,000円 ④	20,000円 ⑤	20,000円 ⑥	
	補助申請額	【①又は④のうちいずれか低い額】 20,000円	【②又は⑤のうちいずれか低い額】 円	【③又は⑥のうちいずれか低い額】 円	
補助金交付申請額補助金交付申請額 (補助申請額の合計額を記入してください。)			20,000円		
			(東浦町記載欄) 補助決定金額 円		

2 補助金の振込先 対象者本人名義の銀行をご記入ください。

金融機関名	東浦 銀行 ・信用金庫 信用組合・農協
支店名	東浦 本店・ 支店
口座番号	12345678
口座種別	普通
(フリガナ) 口座名義人	ヒガシウラ タロウ 東浦 太郎

3 同意事項

同意事項	<p>次の項目を確認し、同意する場合は、申請者がその氏名を自署してください。</p> <p>補助金の支給要件の該当性を審査するため、町が必要な住民基本台帳、税情報等の公簿の確認を行うことに同意します。</p> <p>申請者氏名（自署） <u>東浦 太郎</u></p>
------	--