

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

年 月 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）
18歳未満の方が申請を受ける場合は保護者

住所
氏名
電話番号

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		生年月日	年 月 日
	氏名	□申請者と同じ		
	住所	□申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	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乳房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	乳房補整具	
	補整具について過去の補助の有無	無・有	無・有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日 購入から 1 年以内の申請である	年 月 日 → 〃	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄) 本人	(続柄) 本人	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	
	補助対象額	③ (①の1/2 又は20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	④ (②の1/2 又は20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付申請額補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			円	
			(東浦町記載欄) 補助決定金額 円	

- 2 補助金の振込先 補助を受ける方（がん患者）の銀行口座を記載
18歳未満の方が申請を受ける場合は保護者の銀行口座

金融機関名	銀行 信用金庫・組合 農協
口座番号	
口座種別	
(フリガナ) 口座名義人	

3 同意事項

同意事項	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。 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。 申請者氏名（自署）_____
------	--