別記第１号様式（第５条関係）

七飯町がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書

年　　月　　日

七飯町長　様

申請者　　住所　〒

氏名　フリガナ

対象者との関係

電話

七飯町がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要綱第５条第１項の規定により申請します。また、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び医療機関に対する治療内容等の他、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

フリガナ 氏名		生年月日	年　　月　　日
		電　　話	
住所	〒　　－		

区分	ウィッグ等	乳房補正具	エピテーゼ
購入年月日	年　　月　　日	年　　月　　日	年　　月　　日
購入金額（税込）	① 円	④ 円	⑦ 円
助成限度額	②　　２０，０００円	⑤　　２０，０００円	⑧　２０，０００円
助成対象額	①又は②のうちいずれか低い額 ③ 円	④又は⑤のうちいずれか低い額 ⑥ 円	⑦又は⑧のうちいずれか低い額 ⑨ 円
申請額（※③と⑥と⑨の合計金額）			円

振込先（いずれかに☑してください）				□対象者　　□受任者
補助金の受取方法	金融機関	銀行・組合 金庫・農協		本店 支店
	預金項目	当座・普通	口座番号	
現金振込	フリガナ 口座名義人			

※添付書類

□本人確認書類（運転免許証マイナンバーカード、住民票の写しなど）
※申請を委任する場合は、申請者の本人確認書類も必要

□がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除、または、それらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し）

□領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補正具やエピテーゼは「補正下着」または「人工乳房」の記載があるもの。）

□振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し）

注意１：対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
注意２：対象者（本人）以外の方が申請する場合の他、助成金の受領について対象者（本人）以外の振込先とする場合、別記様式第１号別紙「委任状」が必要です。ただし、対象者が未成年の場合は不要です。