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兼請求書

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。