

様式第1号（第6条関係）

田原本町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛名）田原本町長 殿

申請者 住所

氏名

電話番号

田原本町がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

対象者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	がんの 治療状況	医療機関名		
		治療した がんの種類		
	補整具 の種類	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整具（補整下着・人工乳房）（右・左・両方）		
	購入 年月日	年 月 日	購入額 (税込)	円
	申請・請求額	円		
他の法令等に基づく助成等 (他の市町村での同等の助成を含む。)		あり ・ なし		

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

（添付書類）

1. 申請者の本人確認書類の写し
2. がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等（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に限る。）の写し
3. 助成対象補整具の購入に係る領収書及びその明細書（対象者氏名、購入年月日、品名及び金額の記載のあるもの）の写し
4. 振込先口座及び口座名義人が分かる通帳等の写し

同意欄

交付申請に当たり、田原本町が私の住民基本台帳を参照すること、町税の課税状況及び納付状況の調査並びに助成金の交付に必要な事項を関係機関等に照会及び確認することに同意します。

氏名