

勝浦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

勝浦町長 様

(申請者) 住所

氏名 (助成対象者との続柄)

電話番号

※助成対象者が未成年の場合は、保護者の氏名等を記入してください。

勝浦町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、勝浦町がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。
なお、申請（請求）にあたっては次のとおりです。（□にチェック☑をしてください。）

- 過去に勝浦町及び他の自治体を実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について勝浦町が調査することに同意します。
- 勝浦町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日	年齢
	氏名	□申請者と同じ		年 月 日	歳
	住所	□申請者と同じ 〒 勝浦町			
助成対象経費	区分	医療用ウィッグ	胸部補整具	エピテーゼ	
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額 (合計)	円	円	円	
	購入金額×1/2 (千円未満切捨)	(ア) 円	(ウ) 円	(オ) 円	
	助成対象額	(イ) アと 3 万円の低い方の額 円	(エ) ウと 3 万円の低い方の額 円	(カ) オと 3 万円の低い方の額 円	
	助成申請額	円 (※イとエとカの合計金額)			
振込先	金融機関名		支店名		預金種別
	銀行・金庫・農協		本店・本所 支店・支所		普通・当座
	口座番号		口座人名義	フリガナ 氏名	

- 【添付種類】 下記の資料を添付してご提出ください。
- 申請者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等の写し）
 - がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し（がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房、顔などの身体外表に生じた欠損又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類に限る。）
 - 補整具の購入にかかる領収書及びその明細書（購入者氏名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）
 - 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかる預金通帳の写し等