

様式第1号(第6条関係)

矢掛町がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書

年 月 日

矢掛町長 殿

申請者 住所 矢掛町

氏名

電話番号

矢掛町がん患者アピアランスサポート事業助成金交付要綱第6条に基づき助成を受けた
いので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

助成対象者	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (申請者の続柄：)	生年月日
			年 月 日
	住 所 矢掛町	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
購入額	ウィッグ等 円	補助具等	円

《確認事項》 にチェックを入れてください。

今回のウィッグ等又は補助具等の購入費に対して、他の地方公共団体等から同様の助成を受けていません。

本申請に基づく助成の交付決定にあたり、矢掛町が住民基本台帳及び町民税課税台帳等により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

助成額は、購入費のうち対象となる金額の2分の1以内(1,000円未満切捨て)若しくはウィッグ等上限3万円・補助具等上限3万円の計のどちらか少ない方となることを確認しました。

《添付書類》

①(ウィッグ等の場合)脱毛の副作用を伴うがん治療を行ったことを証する書類・(補助具等の場合)がん治療による乳房切除を行ったことを証する書類、化学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(上記の書類がない場合は、町指定様式「がん治療受診証明書(様式2号)」を添付する。)証明にかかる費用は全額自己負担とする。

②領収書の写し

③購入費の内訳、購入年月日及び製品名が記載された書類

(ウィッグ等の場合は、製造会社、全頭用のウィッグであることを証する記載を含む。)

④その他町長が必要と認める書類