

様式第1号 (第5条関係)

和気町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

年 月 日

和気町長 様

申請者 (署名又は記名押印)

(〒 - )

住 所

氏 名

電話番号

和気町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり、申請します。

1 助成対象者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年	月	日 ( 歳)
2 がんの治療状況	医療機関名			
	治療開始時期	年	月	から
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ( )		
3 助成対象経費	医療用ウィッグ等		補正具等	
	用 具	購入金額	用 具	購入金額
	医療用ウィッグ	_____円	補整パッド	_____円
	装着用ネット	_____円	補整下着	_____円
	毛付き帽子	_____円	専用入浴着	_____円
			弾性着衣	_____円
			エピテーゼ	_____円
4 交付申請額	医療用ウィッグ等		補正具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切捨て) のいずれか低い額 _____円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切捨て) のいずれか低い額 _____円	
5 確認事項	<input type="checkbox"/> 申請に係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及び国又は 他地方公共団体の助成を受けていない。			
6 添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し <input type="checkbox"/> 本人確認書類 (運転免許証、健康保険証等)			
本推進事業の利用決定にあたり、町が関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 住民登録 助成対象者氏名 (署名又は記名押印) _____				

様式第4号 (第7条関係)

年 月 日

和 気 町 長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

印

和気町アピランスケア推進事業の助成を受けたいので、和気町アピランスケア推進事業実施要綱第7条の規定により請求します。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行 信組 金庫	本店 支店 支所
口座種別	1. 普通	2. 当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義		