

第 1 号様式（第 5 条関係）

上牧町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

上 牧 町 長 様

申請者 住 所 〒 -

氏 名
助成対象者との続柄 本人・（ ）
電話番号

（助成対象者が未成年の場合は、法定代理人の氏名をご記入ください）

関係書類を添えて下記のとおり補整具購入費用の助成金の交付を申請します。

対 象 者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名	□申請者と同じ		電話番号	
	住 所	□申請者と同じ 〒 - 北葛城郡上牧町			
が ん の 治 療 状 況	医療機関名				
	疾 患 名				
	治 療 方 法	手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他（ ）			
補 整 具 の 種 類	□ウィッグ（ウィッグ・毛付き帽子）		□乳房補整具（補整下着、補整パッド及び人工乳房） □初回 □2回目		
購 入 年 月 日	年 月 日		年 月 日		
購 入 額	円		円		
助 成 対 象 額	円		円		
	（購入額の2分の1又は2万円のいずれか低い方の金額）				
助 成 申 請 額	円				
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	預 金 種 別	普通・当座	□ 座 名 義 人 （申請者又は対象者と同一）	（フリガナ）	
	□ 座 番 号				

【添付書類】

- 申請者の本人確認書類
- がん治療（手術、薬物療法、放射線療法等）に関する説明書、医師の診断書、治療方針計画書等の書類（がん治療を受けた又は現に受けていること及び抗がん剤使用等の治療が分かる書類並びに外科的治療による乳房摘出術及び部位を証明する書類）
- 助成対象補整具の購入に係る領収書及びその明細書（助成対象者名、購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の名称の記載があるもの）

※上記添付書類の他、治療内容や補整具の確認のため、別途資料の提出をお願いする場合があります。