

吉見町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 吉見町長

住所
 申請者 氏名
 助成対象者との続柄 本人・()
 電話番号

吉見町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、当該申請及び請求の審査に必要なときは、住民基本台帳、医療機関に治療内容を確認すること及びアピアランスケア用品の購入先に購入内容の確認をすることに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
助成対象経費	アピアランスケア用品の区分	ウィッグ等	胸部補整具等	
	物品名	ウィッグ・毛付き帽子・ネット・その他 ()	人工乳房・ニップル・パッド・下着・その他 ()	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	① 円(税込)	② 円(税込)	
	助成上限額	③ 10,000円	④ 10,000円	
	助成対象額	⑤ 円 ※①又は③のいずれか少ない方の額	⑥ 円 ※②又は④のいずれか少ない方の額	
申請額		⑤ + ⑥	円	
振込先	金融機関名		本・支店名	
	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 治療方針計画書、診療明細書その他のがん治療によりアピアランスケア用品が必要であることを証する書類
- 2 購入したアピアランスケア用品の品名、購入日及び金額が分かる書類
- 3 本人確認書類の写し
- 4 その他町長が必要と認める書類