

様式第 1 号（第 6 条関係）

忠岡町アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

忠岡町長 様

申請者 住所

氏名

続柄 電話番号

※申請者は、助成対象者が成年の場合は助成対象者、未成年の場合は法定代理人となります。

下記のとおり、アピアランスサポート事業助成金の交付を申請及び請求します。なお、町が助成要件（住所等）を住民基本台帳等により確認すること、医療機関に治療内容を照会すること及び補整具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 月 日
	氏 名				
	住 所	〒 -		電話番号	
他からの助成の有無		☐ あり（助成内容） ☐ なし			
助成対象 経費等	区 分	☐ 医療用ウィッグ		☐ 乳房補整具（ ☐ 左側 ☐ 右側）	
	種 類	☐ 全頭用ウィッグ ☐ 毛付き帽子 ☐ ケア帽子 ☐ アンダーキャップ		☐ 補整下着 ☐ 補整用パッド ☐ 人工乳房 ☐ 人工乳頭	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	円		円	
	助成限度額	20,000円		20,000円	
	補助対象額	円		円	
交付申請・請求額		円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		支 店 出張所名	本店・支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。（申請者） (申請者と口座名義人が異なる場合、委任状にも署名してください。)				

【添付書類】

- ☐ がん治療を現に受けている、又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類（化学療法若しくは手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書又は診療明細書等）
- ☐ 医療用ウィッグ等の購入に係る領収書（購入した日、品名、金額の記載があり、医療用ウィッグにあっては医療用であることが、乳房補整具にあっては医療用の補整下着、補整パッド又は人工乳房若しくは人工乳頭であることが記載されているもの）