

多可町がん患者アピアランスサポート助成申請書兼請求書

記入例

令和△年〇〇月〇〇日


多可町長 様

申請者氏名 多可花子 
※助成対象者が未婚の未成年の場合、法定代理人の氏名を記載

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。なお、次のことに同意します。

- 町の住民基本台帳情報及び所得課税情報を確認すること（配偶者の情報を含む）
 町から医療機関に治療内容を、購入先に購入内容を照会すること
 町から兵庫県に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること
 町から他の地方自治体に対し、助成実績を照会すること

太枠内も記入してください

申請者	フリガナ	タカ ハナコ		助成対象者との関係	
	氏名	多可花子		本人	
	住所	〒679-1114 電話0795(32)5121 (自宅) 携帯 兵庫県多可郡多可町中区岸上281-51			
助成対象者	フリガナ			生年月日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	昭和△△年〇〇月〇〇日 (◇◇歳)		
	住所	〒 -	電話	自宅・携帯	
過去の助成実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ(※1)購入経費の助成を受けたことがありますか。			はい(自治体:)	
	※1 毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む			(いいえ)	
過去の助成実績	過去に県内市町から、がん治療に伴う乳房補正具(※2)または人工乳房(※3)購入経費の助成を受けたことがありますか。			はい(自治体:)	
	※2 補整下着、下着とともに使用するパッドを含む ※3 乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く			(いいえ)	
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む)	乳房補正具(補正下着又は人工乳房のいずれか)		
			補正下着 (下着と共に使用するパッドも含む)	人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
	購入日	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日		
	購入費用	ア 100,000 円(税込)	(補正下着の購入費用) エ 25,000 円(税込)	(人工乳房の購入費用) キ 円(税込)	
	助成限度額	イ 50,000 円	オ 10,000 円	ク 50,000 円	
	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 50,000 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 10,000 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円	
助成申請額		60,000 円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください)			
振込先指定口座 (申請者の名義)	金融機関名	多可  銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店名	多可支店	
	口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号	0123456	
	フリガナ	タカ ハナコ			
	口座名義人	多可花子			