

王寺町アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

王寺町長 様

申請者
(氏 名)
住 所
氏 名
電話番号

王寺町アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて下記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		
	疾 患 名		
	治 療 方 法	手術・放射線・薬剤・その他 ()	
3 補整具の種類	☐ ウィッグ (ウィッグ・毛付き帽子) ☐ 医療用ウィッグ ☐ 装着用ネット	☐ 乳房補整具 (補整下着、補整パッド及び人工乳房)	
4 購入年月日	年 月 日	年 月 日	
5 購 入 額	円	円	
6 交 付 申 請 額	円	円	
	購入額の2分の1 (1,000円未満切捨て) 又は2万円のいずれか低い方の額		
7 添 付 書 類 (添付した書類に☑を付けてください。)	☐ がん治療を受療していることが分かる書類 (がん治療に関する説明書、治療方針計画書、手術同意書等) の写し ☐ 領収書の写し及びその明細書の写し (宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載のあるもの) ☐ 助成金の振込を希望する金融機関名、振込先のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し ※1. 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。 ※2. 提出にあたり本人確認できるもののご提示をお願いします。 (運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等)		
本推進事業の利用決定に当たり、町が関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 ☐ 住民登録 ☐ 助成対象者の町民税の納付状況 助成対象者氏名			