

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
 (〒 -)
 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	<input type="checkbox"/> ウィッグ (ウィッグ・毛付き帽子) <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 装着用ネット	<input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 助成対象者の町民税の納付状況 <p style="text-align: center;">助成対象者氏名</p>		