

別記様式（第5条関係）

竜王町がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付申請書

年 月 日

竜王町長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

竜王町がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付の審査のため、住民基本台帳および町税等の納付に関する資料を閲覧されることに同意します。

1 申請内容

助成対象者	ふりがな				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	電話番号				
がんの治療状況	医療機関名	治療方法			
		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
抗がん剤等による治療を受けていることを証する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
補整用具等が必要な理由					
助成対象経費	補整用具の種類	医療用ウィッグ・帽子	乳房補整具（右側）	乳房補整具（左側）	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円	円	円	
	助成金申請金額	※補整用具1種類につき、10,000円または購入額に2分の1を乗じた額（1,000円未満切捨て）のいずれか少ない方の額			
		円	円	円	円
	申請額（合計）			円	

2 添付書類

- (1) がん治療を受けている、または受けていたことを証する書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）
- (2) 補整用具の購入年月日および購入経費の明細を証する書類
- (3) 医療用等ウィッグおよび帽子については、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類