

様式第1号（第5条関係）

阿久比町がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付申請書

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者 住 所  
 ふりがな  
 氏 名  
 対象者との続柄（ ）  
 電話番号（ ）

次のとおり、阿久比町がん患者アピアランスケア支援事業費補助金を申請します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
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（ ）	
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳      ・治療方針計画書      ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄 )	(続柄 )	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	
	補助対象額	③ (①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	④ (②の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			円	
			(阿久比町記載欄) 助成決定金額	円

(添付書類)

- がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（医療用ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）  
 ※上記に加え、別途必要な書類の提出を求める場合があります。
- 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）