

申請日をご記入ください。（※申請日から1年以内の購入物品のみ助成します）

豊郷町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

必ず印鑑を押してください。また、訂正印は、この印鑑と同じものにしてください。

令和●年 ●月 ●日

豊郷町長 様

訂正する場合は、訂正印および二重線をお願いします。また、訂正印は申請時の印鑑と同じものをお願いします。修正液での修正や消えるボールペン等での記入等は不可になります。

申請者 住所 豊郷町大字〇〇〇△△番地
氏名 豊郷 花子
助成対象者との続柄 本人
電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇



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

下記のとおり、申請および請求をします。

助成対象者	（フリガナ） 氏名	トヨサト ハナコ 豊郷 花子	
	生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日（ 〇〇歳）	
	住所	〒 529-〇〇〇〇 豊郷町大字〇〇〇△△番地	
	連絡先（電話番号）	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
がんの治療状況	医療機関名	〇〇〇病院	
	主治医氏名	滋賀 太郎	
	治療開始時期	令和3年 4月から	
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" 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 checked="" 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	抗がん剤治療による副作用（脱毛）のため		
購入した補整用具等	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 医療用等ウィッグ（皮膚保護用ネットを含む） <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> 乳房補整具（右側） <input type="checkbox"/> 乳房補整具（左側）	
	購入年月日	令和4年 4月 1日	
他の助成金の受給の有無	領収書に記載されている内容と合致させてください。 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
交付申請金額	※10,000円または購入額のいずれか少ない方の額（1,000円未満切り捨て） 10,000円		
振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行 信金 信組 農協	△△△ 本店 出張所 支店 代理店
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 12345678
	フリガナ	トヨサト ハナコ	
	口座名義人	豊郷 花子	

治療開始時期は、購入年月日より前の日付となります。

領収書に記載されている内容と合致させてください。

原則、振込先は助成対象者（患者さん）本人の口座（未成年の場合は、保護者）振込先の通帳コピーと同じ内容をご記入ください。

※複数申請のあ
※対象者が未成年