

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

年 月 日

豊郷町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
 助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

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				
	生年月日		年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒	豊郷町		
	連絡先 (電話番号)		- -		
がんの治療状況	医療機関名				
	主治医氏名				
	治療開始時期		年 月から		
	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					
購入した補整用具等	種類	<input 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	年 月 日			
	購入経費	円			
他の助成金の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
交付申請金額	※30,000 円 (令和 5 年 3 月末までに購入の場合は 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) 円				
振込先	金融機関名	銀行 信組	信金 農協	本店 出張所	支店 代理店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

※複数申請のある場合は、補整用具等の種類ごとに申請書を 1 枚提出してください。

※対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。