様式第１号（第４条関係）

信濃町アピアランスケア助成金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

信濃町長　様

申請者 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

連絡先（電話）

信濃町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td></td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>年　　月　　日（　　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">〒
電話番号　　　　－　　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3" colspan="2">がん治療の状況（実績）</td><td>医療機関名及び診療科</td><td></td></tr>
<tr><td>主治医氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>治療方法</td><td>☐手術　☐薬物治療　☐放射線治療　☐その他（　　　　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">助成対象経費等</td><td rowspan="2">補整具の区分</td><td rowspan="2">頭髪補整具</td><td colspan="2">乳房補整具</td><td rowspan="2">その他</td></tr>
<tr><td>左房用</td><td>右房用</td></tr>
<tr><td>補整具の内容及び購入年月日（領収書の日付）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>購入経費計（税込）</td><td>①　　　円</td><td>④　　　円</td><td>⑦　　　円</td><td>⑩　　　円</td></tr>
<tr><td>購入経費計の１／２の額</td><td>②　　　円</td><td>⑤　　　円</td><td>⑧　　　円</td><td>⑪　　　円</td></tr>
<tr><td>助成対象額
購入費と 20,000 円のどちらか少ない方の額</td><td>③　　　円</td><td>⑥　　　円</td><td>⑨　　　円</td><td>⑫　　　円</td></tr>
<tr><td colspan="4">助成金交付申請金額
③⑥⑨⑫の合計額を記入してください</td><td colspan="2">円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">振込先
金融機関
（申請者の名義）</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>金融機関名</td><td>銀　行
信用金庫
農　協</td><td>支店名</td><td>本店・支店
本所・支所</td></tr>
<tr><td>口座の種類</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
</table>

（添付書類）

① がん治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し

② 補整具の購入に係る領収書（日付、金額、内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、補整具の品名（ウィッグ、乳房補整パッド等）の記載のあるもの）

確認事項　☐ 今回申請する補整具は、過去に他の地方公共団体から助成を受けていません。

☐ 購入日の属する年度内に申請ができなかった理由（該当する場合のみ記入）