

みなべ町長 宛て

申請者（請求者）住所
氏名
電話番号



みなべ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

みなべ町アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請するに当たり、町が保有する対象者の個人情報を読覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日							
	氏 名	☐ 申請者と同じ		年 月 日							
	住 所	☐ 申請者と同じ									
補整具の種類		ウィッグ（全頭用） （上限 2 万円）	乳房補整下着 （上限 1 万円）	人工乳房・人工乳頭 （ 右 ・ 左 ） （上限左右各 2 万円）							
購入年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日							
購入費用		円（税込）	円（税込）	円（税込）							
助成金申請額		円	円	円							
助成金請求額（申請額の合計額）			円								
口座 名義	ふりがな										
	名義（漢字）										
振込先	銀行等 ゆうちょ銀行以外	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所								
		預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
	ゆうちょ銀行	種別	記号		番号（右詰めで記入）						
		総合口座 （通常貯金）									

【添付書類】

- 1 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
 - 2 対象補整具購入に係る領収書の写し
- ※ 申請の期限は、補整具を購入した日から 1 年以内とする