

年 月 日

稲美町長 様

申請者氏名

関係書類を添えて次のとおり補整具購入費用の助成を申請します。

また、次のことについて同意します。

- 町の住民登録状況、町税の納付状況及び所得を調査すること。(配偶者の情報を含む)
- 町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。
- 町から県に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること。
- 町から他の地方公共団体に対し、助成実績を照会すること。

対象者	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒		電話 ( )		
申請者※	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ(申請者の記入を省略可)					
	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒		電話 ( )		
過去の助成実績	過去に本町及び他市町村等からがん治療に伴う医療用ウィッグ(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む)購入経費の助成を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名: )		
	過去に本町及び他市町村等からがん治療に伴う乳房補整具(補整下着(下着とともに使用するパッド含む)又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く))購入費用の助成を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名: )		
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む)		乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)		
				補整下着 (下着とともに使用するパッド含む)	人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用	ア	円(税込)	(補整下着の金額) エ	(人工乳房の金額) キ	円(税込)
	助成限度額	イ	50,000円	オ	10,000円	ク
助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】		カ【エ又はオのうちいずれか低い額】		ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】	
助成申請額		円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所		
	預金種別	口座名義人				
	口座番号	左詰記入				
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(写し可) <input type="checkbox"/> 領収書(購入日、品目、金額、数量入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。) <input type="checkbox"/> 振込みを希望する金融機関の通帳の写し(カナ名義及び口座番号が確認できるもの。) <input type="checkbox"/> 様式第2号「町税・所得確認承諾書」 <input type="checkbox"/> 要綱別表に記載する所得を証明できる書類又はその写し(町で所得が確認できない場合に限る。)					
申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
受給者番号						

注) 二重線以外の枠に記入してください。

※ 対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。