

アピアランスケア支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

竹富町長 様

(申請者) (〒907-)
 住 所 竹富町字 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。交付決定後は、助成金を請求します。
 なお、次のことについて同意します。

- 竹富町から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- 竹富町から購入先に対し購入内容について照会すること。
- 竹富町から県に対し、竹富町の実績にかかる情報を提供すること
- 竹富町が、対象者の該当性を審査するために、住民登録簿等の公募等の確認を行うこと

1 対象がん患者	ふりがな				申請者との関係
	氏名	□申請者と同じ			
	住所	竹富町字	□申請者と同じ		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	
2 助成対象経費	補整具の種類 【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補整具 (右側)	乳房補整具 (左側)	
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用 (税込)	ア 円	エ 円	キ 円	
	助成限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円	
	助成対象額	ウ 【ア・イのうち低い額】 円	カ 【エ・オのうち低い額】 円	ケ 【キ・クのうち低い額】 円	
3 助成申請額	円				
4 確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、他の助成等を受けていない <input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、過去に他区市町村から助成を受けていない				
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどががん治療の受療している (していた) ことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書の原本 (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。) <input type="checkbox"/> 振込口座カードまたは通帳写し <input type="checkbox"/> 難病患者等通院治療渡航費と同じ口座の場合省略可 <input type="checkbox"/> 義務履行確認依頼書				
6 振込口座	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 当座 その他
	口座名義	口座番号 ※カタカナで記入。申請者と同一であること。			
特記事項 (行政機関使用欄)					