

様式第1号（第4条関係）

印南町アピアランスケア支援事業費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

印南町長 様

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。なお、次のことについて同意します。

- 過去に印南町及び他の自治体を実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていないこと。
- 記載内容に疑義が生じた場合、印南町から医療機関に治療内容等を照会すること。

対象者	ふりがな	生年月日		年 月 日		( 歳)	
	氏名	電話番号					
	住所	〒 - 日高郡印南町大字					
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下項目の記入は <u>不要</u> ） <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下項目の記入が <u>必要</u> ） ※対象者が未成年の場合は保護者が申請者となります。					
	ふりがな	生年月日		年 月 日		( 歳)	
	氏名	電話番号					
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> 対象者と同じ					
助成対象経費	申請区分	ウィッグ等		乳房補整下着		人工乳房・人工乳頭	
	補整具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ(保護ネット含む)		(D) <input type="checkbox"/> 補整下着		(E) <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側	
		(B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子、ケア帽子		※下着とともに使用するパッドを含む		※乳房再建術などによって体内に埋め込まれたものを除く	
		(C) <input type="checkbox"/> 頭皮保護ネットのみ					
	購入日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	購入費用	ア	円		ウ	円	
			円			円	
助成限度額	イ	20,000 円		エ	10,000 円		
助成対象額	①	【ア又はイのうちいずれか低い額】 円		②	【ウ又はエのうちいずれか低い額】 円		
申請額（※①と②と③の合計金額を記入してください。）					円		
(申請者)	金融機関名	銀行 農協		支店名		本店・支店出張所	
	口座番号	普通・当座	口座名義人(申請者と同一)		カナ 氏名		
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)		<input type="checkbox"/> 領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。) <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診断書、お薬手帳などの写し(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し(通帳又はキャッシュカードの写し) <input type="checkbox"/> 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写しなど)					