

様式第 1 号（第 6 条関係）

東栄町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年 月 日

東栄町長

申請者 住所

氏名（自署）

助成対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	□申請者と同じ		
	住 所	〒 □申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
がん治療を受けた又は原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		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補 助 対 象 経 費	補助具の種類	ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び 本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	
	補助対象額	③（①の1/2又は、20,000円のいずれかの少ない方の額） 円	④（①の1/2又は、20,000円のいずれかの少ない方の額） 円	
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			円	

※1,000円未満は切り捨てる

振 込 先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	講座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 フリガナ			

東栄町記載欄

補助決定額		申請受理年月日	
承認・不承認 決定年月日		整理番号	

(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（ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
2. 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称・住所の記載があるもの。）