

様式第1号（第5条関係）

三芳町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

三芳町長

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 続 柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

三芳町がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、三芳町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。  
 また、申請内容の確認のために三芳町が住民基本台帳等を照会することに同意します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	〒		
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				手術・放射線・薬剤・ その他（ ）
アピアランスケア用品の種類	<input type="checkbox"/> ウイッグ（保護ネット含む）		<input type="checkbox"/> 乳房補整具	
市町村からの助成有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（自治体名）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（自治体名）	
購入日	年 月 日		年 月 日	
購入額		円		円
上限額	10,000円		10,000円	
交付申請額		円		円

※交付申請額は、購入額と上限額を比較して低い額を記入してください。

振込先（三芳町がん患者アピアランスケア助成金の受領権限を次の口座名義の者に委任します。）

金融機関名	銀行 農協 信用金庫	支店名	本店 支店 出張所
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】下記書類の写しを添付してください。

- がん治療（抗がん剤、手術等）を証明する書類（診療明細書、治療方針計画書、同意書等）
- アピアランスケア用品購入を証明する書類（購入年月日、購入額等が記載されているもの）
- 振込先金融機関が確認できる書類（通帳またはキャッシュカード）

町確認欄

住民となった日	年 月 日	確認	
---------	-------	----	--