

(表)
池田町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

池田町長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

がん患者へのアピアランスケアに係る補装具の購入に要した費用の助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項等も必ず記載してください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 _____		電話番号 _____ - _____	
がんの 治療状況 (実績)		医療機関名 及び診療科			
		主治医名			
		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療 (入院) 計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
助成対象経費	補装具の 区分	頭髮補装具	乳房補装具		その他
			右房用	左房用	
	補装具の内容 及び 購入年月日 (領収書の日付) ※複数ある場合は それぞれ記載				
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 _____)	(続柄 _____)	(続柄 _____)	(続柄 _____)
	購入費用計 (税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1 / 2 の額	② 円 (①の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (④の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、 1,000円未満切捨て)
助成対象額	③ 円 (②又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円の どちらか少ない方の額)	
助成金交付申請金額 (※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。)				円	
助成決定額 (この欄は町で使用します)				円	

(裏)

確認事項

過去に県内他の市町村から今回申請する補装具の区分での助成を受けていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回申請する補装具は、国、他の都道府県又は他の都道府県の市町村から助成を受けていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
虚偽の申告等を理由に町から助成金の返還を請求されても、異議を申し立てませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回申請する区分の補装具の購入日における住所は以下のとおりです。 (購入日の住所が申請日の住所と異なる場合のみ記載してください。)	
①補装具の内容 : _____ 住所 : _____	
②補装具の内容 : _____ 住所 : _____	
③補装具の内容 : _____ 住所 : _____	
申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は以下のとおりです。 (該当する場合のみ記載してください。)	

(記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等)	

(添付書類)

- ① 町内に住所を有することが確認できる書類の写し又は、本人確認ができる書類の写し
- ② がんの治療(手術、薬物治療、放射線療法等)を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- ③ 補装具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し(購入日、購入金額、金額内訳、宛名(申請者の氏名)、領収書発行者名、購入した補装具等の品名(ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費 等)の記載のあるもの)
- ④ その他町長が必要と認める書類