様式第 2 号（第 6 条関係）

南関町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書

年 月 日

南関町長 様

私は、南関町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第 6 条の規定により、南関町がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			電話番号
	氏名			
	住所	〒		対象者との続柄
対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所	〒		☐ 申請者と同じ
がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他（ ）
過去の受給の有無※	有 ・ 無 ※過去に購入の補助等を受けた事がある場合、「有」に○を付けてください。			
購入した用具	購入年月日	購入額（税込価格）	補助申請額 ※20,000円と購入額（左記）に2分の1（1円未満の端数が生じる場合は、これを切り捨てるものとする。）を乗じた額との低い方の額。	
	年 月 日	円	円	

(誓約・同意事項) にチェック () を記入してください。

- この事業の実施に関し必要な情報(住民基本台帳、町税等の滞納の有無等)の提供、確認及び調査に同意します。
- これまでに本事業及び県内他市町村から、同種の用具に係る補助等を受けたことはありません。
- (補助対象者が18歳未満の場合)申請者は法定代理人に該当します。
- 申請にあたっては南関町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱の内容を遵守します。

(添付書類)

1. がんの治療を受けたこと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できる書類の写し(ウィッグ等の場合、患者名、脱毛原因の治療内容(抗がん剤名等)及び医療機関名が記載されているもの。乳房補整具等の場合、患者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの)
2. 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し(購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの)
3. その他町長が必要と認める書類