

様式第 1 (第 5 条関係)

東郷町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書

年 月 日

東郷町長 殿

申請者 住所
氏 名
生年月日
電話番号

東郷町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

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又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類		・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	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ	
	補整具について他市町からの補助金等の交付の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 （領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	③ 円（税込）	
	補助対象額	④ ①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額 円	⑤ ②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額 円	⑥ ③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額 円	
補助金交付申請額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください。）				円	
		（町記載欄） 補助決定金額		円	

(添付書類)

1. がん治療を受けていること及びがん治療に伴い、脱毛、外科的治療等による乳房の変形又は顔面や手指等の欠損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。エピテーゼ（人工乳房を除く。）の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・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）（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称及び住所の記載があるもの。）