

河合町アピアランスケア支援事業助成金  
交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

河合町長 殿

申請者 住所 〒

氏名 (印)

電話番号

- 町が助成要件(住所等)を住民基本台帳等により確認することに同意します。
- 下記内容について、町又は町が助成している団体他の補助金等の制度の利用はありません。
- 他の自治体でアピアランスケア支援事業の助成金をうけていません。

下記のとおり、アピアランスケア支援事業助成金の交付を関係書類を添えて申請します。

助成対象者	ふりがな		生年			
	氏名		月日	年 月 日 ( 歳)		
助成対象費用	住所	〒 河合町				
助成対象費用		購入費用	アの1/2の額	上限額2万円又はイのいずれか低い	購入日	備考
	ウィッグ	①-ア 円	①-イ 円	①-ウ 円	年 月 日	
	乳房補整具	②-ア 円	②-イ 円	②-ウ 円	年 月 日	□両方 □左 □右
	人工乳房	③-ア 円	③-イ 円	③-ウ 円	年 月 日	
支給決定額		円 (①-ウ) + (②-ウ) + (③-ウ)				

がん患者アピアランスケア支援事業助成金を下記の口座へ振り込んでください。(助成対象者名義)

金融機関名		支店名	本店 支店 出張所	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号			口座 名義人	ふりがな	

【必要書類】

- 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書などのコピー
- 今回の治療に係る医療機関発行の領収書及び明細書
- 振込先金融機関の通帳又はカードコピー(助成対象者名義。未成年の場合は保護者でも可)

町記入欄

担当者	治療等証明書	領収書	住基確認	支給・不支給