様式第１号（第５条関係）

岡垣町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

　　　　年　　　　月　　　　日

岡垣町長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者） （〒　　　　－　　　　）

住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　　－　　　　－

　岡垣町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | ふりがな氏　　　名 |  | 電話番号 | －　　　　－ |
| 住　　　所 | 　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　　 歳） |
| 助成対象経費 | 助成対象用具 | 購入日 | 購入金額 | 購入金額合計×1/2 | 交付申請額 |
| 医療用ウィッグ | 　　 年　　 月　 　日 | 円 | A | A.合計額×1/21,000円未満切り捨て㋐　　　　　　　円 | 限度額20,000円と㋐のうち、いずれか低い額　　　　　　　　　円 |
| 装着用ネット | 　 　年 　　月　 　日 | 円 |
| 毛付き帽子 | 　　 年　 　月　 　日 | 円 |
| 補整パッド | 　　 年　 　月　 　日 | 円 | B | B.合計額×1/21,000円未満切り捨て㋑　　　　　　　円 | 限度額10,000円と㋑のうち、いずれか低い額　　　　　　　　　円 |
| 補整下着 | 　　 年　　 月　 　日 | 円 |
| 専用入浴着 | 　　 年　　 月 　　日 | 円 |
| 弾性着衣 | 　　 年　 　月　 　日 | 円 |
| エピテーゼ | 　 　年　 　月　 　日 | 円 |
| 確認事項 | 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付や、国又は他地方公共団体の助成を受けていない。□はい　　□いいえ（助成名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付書類 | □申請者及び補助対象者の本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許書、健康保険証等）□がん治療方針計画書、又は手術、化学療法、放射線療法等の同意書の写しなど、がん治療を受療している（していた）ことが確認できる書類 □領収書及びその明細書（購入日、品目、金額、個数がわかるものの写し） |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金信組・農協 | 本店支店 | １．普通２．当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ) |  |
| 口座名義 |  |