様式第１号（第６条関係）

幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年　　月　　日

（宛先）幸田町長

記入不要です

申請者　住所　幸田町大字菱池字錦田８４

氏名（自署）幸田　花子

氏名・住所等、それぞれ記入お願いします。

補助対象者との続柄　　本人

電話番号　０５６４-６６-６６６６

幸田町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を申請します。なお、補助金の交付の事務に当たり、幸田町長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

１　補助対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | こうた　はなこ | 生年月日 | 昭和○○年　○月　○日 |
| 氏　　名 | 幸田　花子  ☑ 申請者と同じ |
| 住　　所 | 〒４４４－０１１３  ☑ 申請者と同じ | | |

２　がんの治療状況

「ない」を選択してください。

「ある」は**補助対象外**となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | ○○市民病院 |
| 疾患名 | 乳がん |
| 治療方法 | ☑ 手術　　☑ 放射線　　☑ 薬剤  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

３　申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補整具の種類 | 頭部補整具 | 胸部補整具 |
| 補整具の購入について他で助成を受けたことがあるか | ☑ない　　□ ある | □ ない　　□ ある |
| 補助対象経費 | ①　５５，０００　円（税込） | ②　　　　　　　　円（税込） |
| 交付申請額※ | ③　　　　　　　　円 | ④　　　　　　　　円 |
| 交付申請合計額  （③と④の合計額） | 円 | |

※　①と②の額の１，０００円未満を切り捨て、それぞれの上限を各２万円とする。

領収書のうち補助対象の経費の金額を記入してください。

記入不要です