

様式第1号（第5条関係）

忍野村がん患者アピアランスケア助成事業申請書

年 月 日

忍野村長 様

関係書類を添えて、次のとおり補整具購入費用の助成を申請します。

申請者	ふりがな						生 年 月 日	
	氏 名						年 月 日 (歳)	
	住 所	〒					電話 ()	
※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。								
助成対象者	ふりがな						生 年 月 日	
	氏 名						年 月 日 (歳)	
	住 所	〒					電話 ()	
助成対象経費	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ（部分用ウィッグ及びヘアエクステンション、頭皮保護用のネットを含む。）、帽子（毛付きのものを含む）		<input type="checkbox"/> 乳房用の補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）		<input type="checkbox"/> 人工乳房・乳頭（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。）		
				左・右・両方（いずれかに○）		左・右・両方（いずれかに○）		
	購入日	年	月	日	年	月	日	
	購入費用（税込）	円			円		円	
	上限額	円			円		円	
	助成対象額	円			円		円	
	補助申請額				円			
振込先	金融機関名	銀行・信組 信金・JA					本支店名	本店・支店
	口座番号						種別	普通・当座
	フリガナ							
	口座名義							

裏面あり

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

助成要件確認のため、村が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
村が必要と認めるとき、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
村から県に対し、村の助成実績に係る情報を提供することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回申請する補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。 ※「はい」の場合、本助成を受けることができません	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり助成要件に該当しなかった場合には、助成済みの費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 申請者の身分確認ができる物の写し（健康保険証、運転免許証等）
- がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（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を証明する書類に限る。）
- 対象補整具の購入に係る領収書（申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数記載のあるもの。）
- 振込先口座番号がわかる通帳等の写し（通帳、キャッシュカード）