

桂川町アピランスケア推進事業助成金交付申請書

桂川町長 様 年 月 日

申請者  
 (〒 - )  
 住 所  
 氏 名  
 電話番号

桂川町アピランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり、申請します。

1 助成対象者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
2 がんの治療状況	医療機関名			
	治療開始時期	年 月から		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ( )		
3 助成対象経費	医療用ウィッグ等		補整具等	
	用 具	購入金額	用 具	購入金額
	医療用ウィッグ	_____ 円	補整パッド	_____ 円
	装着用ネット	_____ 円	補整下着	_____ 円
	毛付き帽子	_____ 円	専用入浴着	_____ 円
			弾性着衣	_____ 円
		エピテーゼ	_____ 円	
4 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切捨て) のいずれか低い額 _____ 円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切捨て) のいずれか低い額 _____ 円	
5 確 認 事 項 (該当するものに☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 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及び国又は他地方公共団体の助成を受けていない。			
6 添 付 書 類 (添付した書類に☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し			
本推進事業の利用決定に当たり、町が関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 助成対象者及び助成対象者と世帯を同一する者の町民税所得割課税額及び町税等の納付状況 <p style="text-align: center;">助成対象者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>				