

那須町アピランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

那須町長 様

申請者 住所 那須町
氏名
電話番号

那須町アピランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、那須町アピランスケア支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、補助金の交付を受けるにあたり、町が住民基本台帳及び町税等の納付状況を、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
がんの治療状況	医療機関名	主治医	治療方法			
			手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 その他（ ）			
がんの治療を受けていることを証する書類	・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 その他（ ） ※該当するものを○で囲む					
購入したウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5		円	
	年 月 日	円	(ア)			
購入した乳房補整具 (右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5		円	
	年 月 日	円	(イ)			
購入した乳房補整具 (左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5		円	
	年 月 日	円	(ウ)			
他からの助成の有無		有 ・ 無				
申 請 金 額 の 算 定						
医療用ウィッグ	助成金額限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い額				A	円
乳房補整具（右側）	助成金額限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い額				B	円
乳房補整具（左側）	助成金額限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い額				C	円
補助金申請額	(A)+(B)+(C)		円			
振込先	金融機関名		支店等名			
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	口座名義人	(フリガナ)				