様式第１号（第５条関係）

能勢町がん患者のためのアピアランスケア助成金
交付申請書兼請求書

年　　月　　日

能　勢　町　長

申請者

しめい
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

℡　（　　－　　）

対象者との続柄（　　）

下記のとおり申請します。なお、受領額については下記へ振込を依頼します。

<table>
<tr><td>たいしょうしゃ しめい
対象者氏名</td><td>□申請者と同じ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td>□申請者と同じ</td><td colspan="5">能勢町</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>がん治療を受けた医療機関</td><td colspan="3"></td><td>必要時、職員が左記医療機関へ問い合わせることに同意します。</td><td colspan="2">□</td></tr>
<tr><td>申請区分</td><td colspan="6">□ウィッグ　□乳房補正具（右乳房）　□乳房補正具（左乳房）</td></tr>
<tr><td>個人（本人）支払額
その 1/2 の金額Ⓐ</td><td colspan="2">円
円</td><td>上限額Ⓑ</td><td>□ 20,000 円
□ 40,000 円
□ 60,000 円</td><td>助成額Ⓒ
ⒶとⒷを比較し少ない方の額</td><td>円</td></tr>
<tr><td>振込先</td><td colspan="6">信金・農協・銀行　　支店・支所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">預金種目</td><td rowspan="2">普通
当座</td><td rowspan="2">口座番号</td><td rowspan="2"></td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座名義</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

【能勢町確認欄】

□がん治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書等のがん治療を受けていた、又は治療中であることが分かる書類（ウィッグにあっては抗がん剤使用等の治療が分かる書類、乳房補整具にあっては乳房摘出術と部位を証明する書類）の写し

□補整具購入に係る領収書（申請者又は対象者の氏名、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元の記載があるもの）の写し