様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

奈義町長　　　様

申請者　住所　奈義町

氏名　 (※)

電話番号

**(※)　本人が手書きしない場合は、記名押印してください。**

奈義町がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金交付申請書

奈義町がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金交付要綱第６条に基づき助成を受けたいので，必要書類を添えて，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フリガナ  氏名 | □申請者に同じ  （申請者の続柄　　　　　　） | | 生年月日 |
| 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 奈義町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ | | |
| 購入額 | ウィッグ  円 | | 補整具  円 | |

【確認事項】□にチェックを入れてください

□今回のウィッグ等の購入費に対して，他の地方公共団体等から同様の助成を受けていません。

□本申請に基づく助成の交付決定にあたり，奈義町が住民基本台帳及び町民税課税台帳等により確認を行う

こと，必要な場合は，他の地方公共団体等及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

□助成額は，購入費のうち対象となる金額の２分の１以内（１，０００円未満切り捨て）もしくは

上限５万円のどちらか少ない方となることを確認しました。

【添付書類】

１（ウィッグの場合）脱毛の副作用を伴うがん治療を行ったことを証する書類・（補整具の場合）

がん治療による手術等を行ったことを証する書類、科学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針

計画書など（上記の書類がない場合は、町指定様式「がん治療受診証明書（様式２号）」を添付する）。

証明書にかかる費用は全額自己負担とする。

２領収書

３購入費の内訳，購入年月日及び製品名が記載された書類

（ウィッグの場合は，製造会社の記載を含む）

４その他町長が必要と認める書類