

佐那河内村がん患者アピアランスケア費用補助金交付申請兼請求書

申請日（請求日） 年 月 日

佐那河内村長 殿

佐那河内村がん患者アピアランスケア費用補助金交付要綱第 5 条の規定により、次の通り申請します。また、交付決定された補助金を次の指定口座への振り込みによりお支払いただきますよう請求します。

申請者 (補助対象者)	ふりがな 氏 名	Ⓜ			
	住 所	〒 7 7 1 - 佐那河内村 字			
	電話番号	- -	生年月日	年 月 日	

1 補助対象の補正具

補正具の種類	購入年月日	購入金額（円）	申請補助金額（円）
☐ 医療用ウィッグ ☐ 胸部補正具 ☐ エピテーゼ	年 月 日		(※上限 3 万円)

(注) 補助金の上限額は 1 補正具の区分につき 30,000 円です。
申請補助金額＝購入金額×1/2（千円未満切捨て）かつ上限額以内

2 振込先口座

金融機関名	・銀行 ・信用金庫 ・農協		支店名						
口座種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号							
(カナ) 口座名義人									

3 確認事項及び添付書類について

確認事項 (□に✓)	☐ 過去に他の市町村が実施する補正具購入にかかる同様の補助を受けていません。 ☐ 申請にかか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並びに国又は他市町村の補助対象ではありません。 ☐ この事業の実施に関し必要となる住民基本台帳に記載された情報について、村が調査することに同意します。 ☐ 村が補正具の購入先に対して購入内容を照会することに同意します。 ☐ 村が県に対して当該補助実績にかかる情報を提供することに同意します。
添付書類 (□に✓)	☐ 補正具の購入に係る領収書の原本（購入者名、品名、金額等の記載のあるもの。） ☐ 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類 ☐ 通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写し ☐ その他村長が必要と認める書類（ ）

※申請者以外の口座への振り込みを希望される場合は、委任状の提出が必要です。