

西原村がん患者アピアランス推進事業助成申請書

西原村長 様

申請者 住所
氏名
生年月日 年 月 日（ 歳）
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり用具購入費用の助成を申請します。併せて、村が私及び私の世帯の納税状況及び住民基本台帳を確認することに世帯全員が同意します。

助成対象者	氏名： 生年月日： 年 月 日（ 歳）
助成対象用具の種類	
① 医療用ウィッグ	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 装着用ネット <input type="checkbox"/> 毛付き帽子
② 補整具等	<input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> エピテーゼ(補整用人工物)
購入年月日	年 月 日
購入額	① _____ 円 ② _____ 円
申請金額	円 ※助成上限額 用具の種類ごとに2万円

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支所	預金種別	普通 当座
(ふりがな) 口座名義人	()	口座番号		

添付書類

- (1) がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書または、がん治療に伴う脱毛又は、外科的治療等による乳房の変形を証明する書類等
- (2) 用具購入に係る領収書
- (3) 振込先の口座の通帳などの写し（名義及び口座番号が確認できるもの）

村記入欄		
自己負担金額	助成決定額	申請受理年月日
円	円	年 月 日
		(受付番号)