

みなかみ町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号
(対象者との続柄)

みなかみ町アピアランスケア助成金の交付について、みなかみ町アピアランスケア助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添え申請します。

また、私は審査に必要な情報（住民基本台帳、治療状況、補正具の購入状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

記

対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	⑩		
		住所		電話番号
助成対象経費	医療用ウィッグ等		補整具等	
	用具	購入金額	用具	購入金額
	医療用ウィッグ	円	補整パッド	円
	装着用ネット	円	補整下着	円
	毛付き帽子	円	専用入浴着	円
			弾性着衣	円
		エピテーゼ*	円	
交付申請額	上限額 30,000 円	円	上限額 10,000 円	円
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			振込先の口座名義は対象者 と同一であること。 (注1)
確認事項 (該当する場合は☑を 付けてください)	<input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、健康保険法、障害者総合支援法等による給付及び国又は他の地方公共団体の助成を受けていない。			
添付書類 (添付した書類に☑を 付けてください)	<input type="checkbox"/> みなかみ町アピアランスケア支援事業医療機関受診証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 補整具購入時の領収書及び明細書の原本 (あて名、購入日、補整具名、購入額、領収書発行元等の記載があるもの) <input type="checkbox"/> 本人が確認できるもの(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等の写し) <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 代理による申請の場合、委任状(別紙)			

*エピテーゼは乳房、ニップル、義眼等の体表に取り付ける医療用補正具です

<注1> 代理による申請の場合は、対象者又は保護者等の名義の口座を振込先としてください。

*町記入欄 (以下は記入しないでください)

住所 納税状況 生活扶助受給状況

別紙

委任状

年 月 日

【委任者（申請者）】

住所

氏名

私は下記の者を代理人と定め、みなかみ町アピアランスケア支援事業の交付申請に係る関係書類の提出及び当該助成金の請求に関する手続きについて委任します。

記

【委任者（代理人）】

住所

氏名

みなかみ町アピランスケア支援事業医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所	利根郡みなかみ町		
	電話	()		

<医療機関記入欄>

上記の者について、下記のとおりがん治療による外見の変化がみられることを証明します。

証明内容	<input type="checkbox"/> 頭部脱毛 <input type="checkbox"/> 乳房等切除 <input type="checkbox"/> 術後リンパ浮腫 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

※その他は () 内に詳細を記入してください。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師名