様式第１号(第６条関係)

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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　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  □申請者と同じ | フリガナ |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | ㊞ | | | |
| 住所 |  | | | | 電話番号 | |  | |
| 医療用ウィッグ等 | | | エピテーゼ | | | | その他 | |
| 用具 | | 購入金額 | 用具 | | 購入金額 | | 用具 | 購入金額 |
| 医療用  ウィッグ | | 円 | 人工乳房 | | 円 | | 補整パッド | 円 |
| その他体表に取りつけるもの | | 円 | | 補整下着 | 円 |
| 装着用ネット | | 円 | 専用入浴着 | 円 |
| 毛付き帽子 | | 円 |  | | | | 弾性着衣 | 円 |
|  | | | ニップル | 円 |
| 交付申請額 | 上限額  50,000円 | | 円 | 上限額  50,000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 |  | | | | | | 振込先の口座名義は対象者と  同一であること。  〈 注1 〉 | |
| 口座名義人 |  | | | | | |
| 確認事項  該当する場合は☑を  付けてください | □ 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 | □ がん治療を受けていることが分かる書類(申請者氏名、病名、治療内容等の記載があるもの)  又は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) | | | | | | | | |
| □ 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) | | | | | | | | |
| □ 本人が確認できるもの(マイナンバーカード、資格確認書、運転免許証等の写し) | | | | | | | | |
| □ 振込口座が確認できる書類の写し | | | | | | | | |
|  | □ 代理による申請の場合、委任状（別紙） | | | | | | | | |

<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