

様式第1号(第5条関係)

美咲町アピランスケア助成事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

美咲町長 様

アピランスケア助成事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。また、美咲町がアピランスケア助成事業補助金交付要綱に基づく申請内容の審査、補助金の支給決定その他の必要な手続きのため、次のことを調査、確認することに同意します。

- 町が、医療機関に治療内容を照会すること及び購入先に購入内容を照会すること
- 町が、補助金交付決定に必要な範囲において、申請者及び補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧するとともに、関係機関等に照会すること

申請者	氏名				<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親権者
	住所				<input type="checkbox"/> 未成年後見人	<input type="checkbox"/> 成年後見人
	電話番号					
	生年月日	年 月 日 (歳)				
補助対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入省略)	氏名					
	住所	美咲町				
	生年月日	年 月 日 (歳)				
補助対象経費	区分	用具	購入金額	購入年月日		
	ウィッグ等	ウィッグ	円	年	月	日
		装着用ネット	円	年	月	日
		毛付き帽子	円	年	月	日
	補整具等	補整パッド	円	年	月	日
		補整下着	円	年	月	日
		専用入浴着	円	年	月	日
		弾性着衣	円	年	月	日
		エピテーゼ	円	年	月	日
交付申請額	補助対象経費の1/2(1,000円未満切り捨て)と50,000のいずれか低い額 円					
確認事項	<input type="checkbox"/> 申請に係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、並びに他の地方自治体を実施する同様の制度による助成や補助の給付を受けていない。					
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの治療(手術、薬物療法、放射線療法等)を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し 医療機関が発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書等の写し(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し) <input type="checkbox"/> 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し 購入者氏名(申請者又は補助対象者)、購入年月日、購入品名、購入金額とその内容、領収書発行元の名称の記載があるもの					

※口座振替を希望される場合は下記に御記入ください。

振込先	金融機関名	()銀行・農協・信用金庫()支店
	口座番号	普通・当座 ()
	名義人(ふりがな)	()