

（表）

佐久穂町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛 先）佐久穂町長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞（続柄 \_\_\_\_\_）

佐久穂町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認・同意事項も必ず確認してください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 ( 歳)	
	住 所	〒 _____		電話番号 _____ - _____	
がんの 治療状況（実績）	医療機関名 及び診療科				
	主治医名				
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療（入院）計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
助成対象経費	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他
			右房用	左房用	
	補整具の内容 ※複数ある場合は それぞれ記載				
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 _____)	(続柄 _____)	(続柄 _____)	(続柄 _____)
	購入費用計 (税込)	① _____ 円	④ _____ 円	⑦ _____ 円	⑩ _____ 円
	購入費用計の 1/2の額	② _____ 円 (①の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ _____ 円 (④の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑧ _____ 円 (⑦の1/2の額、1,000 円未満切捨て)	⑪ _____ 円 (⑩の1/2の額、 1,000円未満切捨て)
助成対象額	③ _____ 円 (②又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ _____ 円 (⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑨ _____ 円 (⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ _____ 円 (⑪又は20,000円の どちらか少ない方の額)	
助成金交付申請金額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）				_____ 円	
振込先 指定口座 (申請者の名義)	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名			店舗名	
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
助成決定金額				_____ 円	
※この欄は、町で使用します。					

（添付書類）

- ① 本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証又はマイナンバーカードその他の公的身分証明書）の写し
- ② がんの治療（手術、薬物治療、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
- ③ 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名、領収書発行者名、購入した補整具等の品名の記載のあるもの）
- ④ 申請者の振込先指定口座金融機関名の名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかるもの（通帳やキャッシュカード）の写し
- ⑤ 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

確認・同意事項 ※□にチェック (✓) を記入してください。

- 過去に県内の他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成は受けていません。
- 今回申請する補整具は長野県以外の都道府県や県外の市町村からの助成を受けていません。
- この申請に係る住民基本台帳、アピアランスケア助成金の交付について、町が調査及び他市町村へ支給状況の提供を行うことに同意します。
- 申請内容に偽りがあった場合や相違があり、支給要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還します。

(該当する場合のみ記載。)

申請日が購入日の属する年度の翌年度となった場合は、その理由を記入してください。

理由： \_\_\_\_\_

(記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった。 など)

◎注意事項

- ※ 助成金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※ 助成対象経費、助成金の額及び助成回数は以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）は、対象外となります。

区分	助成対象経費	助成額	助成回数
頭髮補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1人当たり 1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1人当たり 右房、左房 ごとに1回
その他	エピテーゼ（補整用人工物）の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1人当たり 1回

※申請を行う補整具の購入費用について、他都道府県や他都道府県の市町村が実施する助成との重複申請はできません。

※申請は、補整具を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日又は翌年度末日までに行ってください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び長野県のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。