　　年　　月　　日

　大桑村がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

大桑村長　　宛

申請者　 住　所

氏　名

助成対象者との続柄（　本人　・　扶養者　）

電話番号　　　　　（　　　　）

　大桑村がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | |
| 購入補整具 | | |  | | |
| 助成対象経費 | | | 円 | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請・請求金額 | | | 円 | 対象経費の２分の１以内  ※上限２万円 | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 銀行・金庫  農協・組合 | | 本店・支店・本所  支所・出張所 |
| 預金種別 | | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義 | |  | | |
|  | | |
| ※次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、□にチェックをお願いします。  １ □　がんに係る医療を現に受けている又は過去に受けていた  ２ □　大桑村に住所を有する  ３ □　他市町等において、この申請のケア用具の購入費用の助成を受けていない | | | | | |

※添付書類

(１)助成対象者が大桑村に住所を有することがわかる書類又は確認できる書類

(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)医療用補整具等の購入に係る領収書及び明細書の写し

(４)振込口座の確認できる通帳等の写し

(５)振込先が助成対象者名義の口座でない場合は委任状

(６)その他、村長が必要と認める書類

※同時に複数の補整具を購入した場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入補整具 |  | | | |
| 助成対象経費 | 円 | | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請・請求金額 | 1. 円 | | 対象経費の２分の１以内  ※上限２万円 | |
| 購入補整具 |  | | | |
| 助成対象経費 | 円 | | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請・請求金額 | 1. 円 | | 対象経費の２分の１以内  ※上限２万円 | |
| 購入補整具 |  | | | |
| 助成対象経費 | 円 | | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請・請求金額 | 1. 円 | | 対象経費の２分の１以内  ※上限２万円 | |
| 購入補整具 |  | | | |
| 助成対象経費 | 円 | | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請・請求金額 | 1. 円 | | 対象経費の２分の１以内  ※上限２万円 | |
| 交付申請・請求合計額   1. 、②、③、④の合計額） | | 円 | | |