様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

高野町長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

高野町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

　高野町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、申請するにあたり、対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会すること、並びに前住所地等へ照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 | □申請者と同じ | 年　　月　　日  |
| 住所 | □申請者と同じ |
| 補整具の種類 | 医療用ウィッグ | 乳房補整下着 | 人工乳房・人工乳頭 |
| 購入年月日 | 年　　月　　日  | 年　　月　　日  | 年　　月　　日  |
| 購入費用 | 円（税込） | 円（税込） | 円（税込） |
| 助成金申請額 | 円 | 円 | 円 |
| 申請額の合計額 | 円 |

【添付書類】

１　がん治療受診証明書（様式第２号）

２　対象医療用補整具購入にかかる領収書