

久米南町アピアランスケア助成事業補助金交付申請及び実績報告書(兼請求書)

年 月 日

久米南町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

アピア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、町がアピア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、次のことを調査及び確認することに同意します。

- 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。
- 補助金交付決定に必要な範囲において、申請者(補助対象者及びそれぞれの同一世帯員を含む。)の住民基本台帳等の公簿を閲覧し、又は関係機関等に照会すること。

| | | | |
|---------------------------|--|---|-----|
| 申請者区分 (レ点・○) | | <input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 法定代理人(親権者 ・ 未成年後見人 ・ 成年後見人) | |
| 補助対象者 (申請者が本人の場合は記入不要) | 氏名 | | |
| | 住所 | 久米南町 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 補助対象経費 (対象の物に○) | A ウィッグ等 (ウィッグ ・ 装着用ネット ・ 毛付き帽子) 購入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 購入金額 _____ 円 | | |
| | B 補整具等 (補整パッド ・ 補整下着 ・ 専用入浴着 ・ 弾性着衣 ・ エピテーゼ) 購入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 購入金額 _____ 円 | | |
| 交付申請額 (実績額) | 対象経費 A+B _____ 円 C | 【算出方法】(A・Bそれぞれ)対象補整具購入金額の1/2(1,000円未満切り捨て)と50,000円のいずれか低い額(合計上限額 100,000円(A:50,000円+B:50,000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又は他の市区町村が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 ^{※1} の写し <small>※1 医療機関が発行するがん治療に関する説明書、診断書又は治療方針計画書等(抗がん剤治療や化学療法の伴う脱毛、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)</small> <input type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書及びその明細書 ^{※2} の写し <small>※2 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</small> | | |

なお、本申請及び実績報告により補助金が交付決定及び確定された際には、

C _____ 円 を次の口座へ振り込んでくださいますよう請求します。

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------|-----------------------|------|--|--|--|--|--|--|
| 振 込 先 | 金融機関名 | () 銀行・農協・信用金庫 () 支店 | | | | | | | |
| | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | | | | | | |
| | 名義人(カナ) | | | | | | | | |