

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

六ヶ所村アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

六ヶ所村長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____
(対象者が未成年の場合 続柄 _____)
電話番号 _____ - _____ - _____

六ヶ所村アピアランスケア用品購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

助成対象者	フリガナ			生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				
	氏 名				平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				
	住 所	〒 _____		(電話番号 _____ - _____ - _____)					
☐ 他の自治体、治療を受けた医療機関及び医療用補整具等の購入先に助成対象者の照会することについて同意します。 ☐ 助成金の交付の決定のために村が保有する助成対象者の住民票に関する情報を利用することについて、同意します。									
他からの助成の有無（該当するものを○で囲む）					有・無				
助成対象経費	補整具の種類	頭部補整具			胸部補整具（左）			胸部補整具（右）	
	購入年月日（領収書等の日付）	年 _____ 月 _____ 日			年 _____ 月 _____ 日			年 _____ 月 _____ 日	
	購入費用	ア _____ 円(税込)			工 _____ 円(税込)			キ _____ 円(税込)	
	購入費用の1/2の額	イ（アの1/2の額、百円未満切り捨て） _____ 円			オ（工の1/2の額、百円未満切り捨て） _____ 円			ク（キの1/2の額、百円未満切り捨て） _____ 円	
	助成対象額	ウ（イ又は6万円のいずれか低い方の額） _____ 円			カ（オ又は6万円のいずれか低い方の額） _____ 円			ケ（ク又は6万円のいずれか低い方の額） _____ 円	
交付申請（請求）額（ウとカとケの合計金額）					円 _____				
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合				本店・支店・出張所 本所・支所・代理店			
	預金種別	普通・当座	口座番号					(右詰記入)	
	フリガナ								
	口座名義								

添付書類

- がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書等）
- 補整具を購入したことを証明する書類（領収書等）
- 振込先の口座が確認できる書類
- 申請者及び助成対象者それぞれの本人を確認する書類（マイナンバーカード等）
- 委任状(助成対象者以外の者が申請者となる場合（未成年者の保護者を除く。））