様式第１号（第５条関係）

（表）

下諏訪町アピアランスケア助成金交付申請書

年　　月　　日

下諏訪町長　様

申請者　住所　下諏訪町

氏名　　（助成対象者との続柄　　）

電話番号

下諏訪町アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の同意事項も必ず記載してください。

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び下諏訪町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。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2">□申請者と同じ</td><td colspan="2">年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒
□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">がんの
治療状況（実績）</td><td>医療機関名
及び診療科</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主治医名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>治療方法</td><td colspan="3">□ 手術　□ 薬物治療　□ 放射線治療
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん治療を受けている又は
受けたことを証する書類</td><td colspan="4">□ 診断書　□ 診療（入院）計画書　□ 診療説明書
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">助成対象経費</td><td>補整具の
区分</td><td>頭髪補整具</td><td colspan="2">乳房補整具
左房用</td><td>右房用</td><td>その他</td></tr>
<tr><td>補整具の内容
及び
購入年月日
（領収書の日付）
※複数ある場合は
それぞれ記載</td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>領収書の氏名及び
本人との続柄</td><td>（続柄　　）</td><td colspan="2">（続柄　　）</td><td>（続柄　　）</td><td>（続柄　　）</td></tr>
<tr><td>購入費用計
（税込）</td><td>①　　円</td><td colspan="2">④　　円</td><td>⑦　　円</td><td>⑩　　円</td></tr>
<tr><td>購入費用計の
１／２の額</td><td>②　　円
（①の１／２の額、
1,000 円未満切捨て）</td><td colspan="2">⑤　　円
（④の１／２の額、
1,000 円未満切捨て）</td><td>⑧　　円
（⑦の１／２の額、
1,000 円未満切捨て）</td><td>⑪　　円
（⑩の１／２の額、
1,000 円未満切捨て）</td></tr>
<tr><td>助成対象額</td><td>③　　円
（②又は 20,000 円の
どちらか少ない方の額）</td><td colspan="2">⑥　　円
（⑤又は 20,000 円の
どちらか少ない方の額）</td><td>⑨　　円
（⑧又は 20,000 円の
どちらか少ない方の額）</td><td>⑫　　円
（⑪又は 20,000 円の
どちらか少ない方の額</td></tr>
<tr><td colspan="5">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。）</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="4">助成決定金額
※この欄は、町で使用します。</td><td>円</td></tr>
</table>

（裏）

同意事項（以下の事項について、該当するものに☑又は指定内容の記載をしてください。）

過去に県内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か。	□ はい　□ いいえ
今回申請する補整具は、国、他の都道府県又は他の都道府県市町村から助成を受けていませんか。	□ はい　□ いいえ
虚偽の申告等を理由に町から助成金の返還を請求されても、異議を申し立てませんか。	□ はい　□ いいえ
助成金の交付の申請にあたり、町が申請者の住民情報を閲覧することに同意します。	申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は以下のとおりです。 （該当する場合のみ記載） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （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　　等）	

（添付書類）

① 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

② 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、購入者の氏名、領収書発行者名、購入した補整具等の品名（ウィッグ購入費、乳房補整パッド　購入費等）の記載のあるもの）