

富士川町がん患者アピアランスケア助成申請書

(申請日) 年 月 日

富士川町長

関係書類を添えて、次のとおり補整具購入費用の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- ☐ 助成要件の確認のため、町が住民基本台帳を閲覧すること。
- ☐ 町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。
- ☐ 町から県に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること。

申請者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 ()		
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。			
	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (歳)	
住 所	〒 電話 ()			
今回の補整具について、他の制度による助成等を受けていますか。			はい ・ いいえ ※「はい」の場合、本助成を受けることができません	
助成対象補整具の種類 (申請する補整具に☑)			購入金額	購入日
☐	ウィッグ (部分用ウィッグ、ヘアーエクステンション及び頭皮保護用のネットを含む。)、帽子(毛付きのものを含む。)		円 (税込)	年 月 日
☐	乳房用の補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	左・右・両方 (いずれかに○)	円 (税込)	年 月 日
☐	人工乳房・乳頭 (乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。)	左・右・両方 (いずれかに○)	円 (税込)	年 月 日
助 成 申請額	円 (購入額又は助成上限額の合計) (※補整具ごとの助成上限額 ウィッグ：2 万円 補整下着：2 万円 人工乳房：10 万円)			
振 込 先	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
添付書類 (必須)	● がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (がん治療を受けたこと又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。)			
	● 領収書 (申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額及び台数の記載のあるもの)			
	● 振込先の口座の通帳等の写し (カナ名義及び口座番号が確認できるもの)			
町 記入欄		申 請 受理日	年 月 日	助 成 決定額 円