

（表）

白馬村がん患者へのアピアランスケア助成事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

白馬村長 宛

住所

申請者 氏名 (印) (続柄)

白馬村がん患者への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、関係書類を添えて申請・請求します。
なお、申請にあたり、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

補助対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒		電話番号 — —	
がんの 治療状況（実績）		医療機関名 及び診療科			
		主治医名			
		治療方法	☐ 手術 ☐ 薬物治療 ☐ 放射線治療 ☐ その他 ()		
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類		☐ 診断書 ☐ 診療（入院）計画書 ☐ 診療説明書 ☐ その他 ()			
補助対象経費	補整具の 種類	頭髮補整具	乳房補整具		その他補整具
			右房用	左房用	
	補整具の内容 ※複数ある場合は それぞれ記載				
	購入年月日 （領収書の日付） ※複数ある場合は それぞれ記載				
	購入費用計（税込）	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1／2の額	② 円 (①の1／2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (④の1／2の額、 1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1／2の額、 1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1／2の額、 1,000円未満切捨て)
補助対象額	③ 円 (②又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円の どちらか少ない方の額)	
補助金交付申請額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）				円	
振込先 指定口座 （申請者の名義）	ふりがな				
	口座名義				
	金融機関名		店舗名		
	口座種別		口座番号		
		補助決定金額（村記載欄）		円	

（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、宛名（申請者の氏名）、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）

③ 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかる預金通帳の写し（通帳表紙裏の見開きのコピーなど）

【裏面の確認事項も必ず記載してください】

(裏)

確認事項 (以下の確認事項の該当するものに☒又は記載してください。)

- 1 過去に長野県内他の市町村から今回申請する補整具の種類での補助は受けていません。
☐はい ☐いいえ
- 2 過去に他の都道府県又は市区町村から今回申請する補整具の種類での補助は受けていません。
☐はい ☐いいえ
- 3 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)

個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務及び白馬村のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案、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。

申請方法及び申請先

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで（白馬村の休日を除く。）） 8時30分から17時15分まで。

※ 郵送の場合は、簡易書留等、送達確認ができる方法で送付してください。

申請先：白馬村健康福祉課健康づくり係

住所 長野県北安曇郡白馬村大字北城 7025 番地

電話番号 0261-85-0713