

北広島町アピアランスケア支援事業助成申請書

北広島町長 様

申 請 日 年 月 日

申請者氏名

申請者住所 〒

助成対象者との関係（例：本人、父、母、子など）

連 絡 先（日中に連絡可能な電話番号）

私は、北広島町アピアランスケア支援事業実施要綱による助成金を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、申請内容の確認等に必要の場合は、関係課に住基情報等の照会、提供すること並びに医療機関に治療内容等、また購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

1 助成対象者	氏 名		☐ 申請者と同じ	
	住 所	北広島町	☐ 申請者と同じ	
	生年月日	年 月 日生		
2 助成対象経費	区分	用具	購入金額	購入日
	ウィッグ等	全頭用ウィッグ	円	年 月 日
		装着用ネット	円	年 月 日
	補整具等	補整下着	円	年 月 日
		補整パッド	円	年 月 日
		専用入浴着	円	年 月 日
		弾性着衣	円	年 月 日
		エピテーゼ	円	年 月 日
3 助成申請額	ウィッグ等	円 購入金額（複数の場合は合計額）から広島県がん患者ウィッグ購入費助成事業の助成額を除いた額の2分の1の額（千円未満切り捨て）もしくは30,000円（上限額）のいずれか低い額		
	補整具等	円 購入金額（複数の場合は合計額）の2分の1の額（千円未満切り捨て）もしくは20,000円（上限額）のいずれか低い額		
4 添付書類 （添付した書類に☑を付すこと）	☐ 助成対象者または申請者の本人確認ができる書類（マイナンバーカード、運転免許証等の写し） ☐ がんの治療（手術療法や化学療法、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の写し ☐ 対象用具の購入に係る領収書等の写し（購入日、品目、金額、個数がわかるもの） ☐ 広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書の写し（ウィッグ等購入の方）			