

壬生町アピアランスケア支援助成金交付申請書

壬生町長 小菅 一弥 様

壬生町アピアランスケア支援助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、壬生町アピアランスケア支援助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

申請者 住 所
氏 名
電話番号

対象者	ふりがな		生年月日	性別	
	氏名		年 月 日	男 ・ 女	
がんの治療状況	医療機関名			治療方法	
				手術・放射線・薬剤 その他（ ）	
がんの治療を受けていること、または受けていたことを証する書類	診療明細書・治療方針計画書・ その他（ ） ※該当するものを○で囲む				
購入した補整具	医療用ウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5 ※1円未満切捨	
			円	(ア)	円
	乳房補整具(右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5 ※1円未満切捨	
			円	(イ)	円
	乳房補整具(左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5 ※1円未満切捨	
			円	(ウ)	円
申請金額の算定	医療用ウィッグ	助成金額限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い額		(A)	円
	乳房補整具(右側)	助成金額限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い額		(B)	円
	乳房補整具(左側)	助成金額限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い額		(C)	円
助成金申請額		(A) + (B) + (C) の合計			円

※添付書類

- ①がん治療を受けていること、又は受けていたことを証する書類
- ②補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
- ③医療用ウィッグについては、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類

※申請にあたっての注意：補整具を購入した日から1年以内に申請すること。