

高森町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

高森町長

住所 高森町 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

高森町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱の規定により、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、裏面の確認事項も必ず記載してください。

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	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療 (入院) 計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
助成対象経費	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他
			左房用	右房用	
	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				
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 _____)	(続柄 _____)	(続柄 _____)	(続柄 _____)
	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)
	助成対象額	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)
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。)					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		
助成決定金額					円
※この欄は、役場で使用します。					

(添付書類)

- ① 高森町内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類
- ② 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
- ③ 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)
- ④ 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号およ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)
- 【⑤ 前各号に掲げるもののほか、高森町長が必要と認める書類】

**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。  
はい いいえ
- 2 今回申請する補整具は、他の都道府県や他の都道府県市町村から助成を受けていません。  
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)

**◎注意事項**

- ※ 助成金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※ 助成対象経費、助成金の額及び助成回数は以下のとおりです。付属品、ケア用品及び購入にかかった経費（購入のために要した交通費及び郵送費等）は、対象外となります。

区分	助成対象経費	助成額	助成回数
頭髮補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	右房、左房 毎に1回
その他	エピテーゼ（補整用人工物）の購入費の合計	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。)	1回

※申請は、補整具を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日又は翌年度末日までに行ってください。申請方法は、下記をご覧ください。

**◎個人情報の取扱いについて**

得られた個人情報は、助成金の交付事務（及び高森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。

**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。休日を除く。）8時30分から17時15分まで。

申請先：高森町役場 健康福祉課 健康係

住所 高森町下市田 2183-1 電話番号 0265-35-9412