

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

軽井沢町長 様

申請者 住所

氏名 (続柄)

軽井沢町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱第 5 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内に記入してください。なお、裏面の確認事項も必ず確認してください。

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	☐ 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 ※写し可		☐ 診断書 ☐ 診療（入院）計画書 ☐ 診療説明書 ☐ 診療明細書 ☐ 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 ※複数ある場合は それぞれ記載					
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	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 50,000 円の どちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は 20,000 円 (人工乳 房を含む場合は 100,000 円) のどちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は 20,000 円 (人工乳 房を含む場合は 100,000 円) のどちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は 50,000 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)	金融機関名			支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義					
		助成決定金額 ※この欄は、町で使用します。		円		

確認・同意事項

1 □にチェック（✓）を記入してください。

- ☐ 過去に県内の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。
- ☐ 今回申請する補整具は、長野県以外の都道府県や県外の市町村から助成を受けていません。
- ☐ 審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。

2 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった場合は、その理由を記入してください。

理由： _____

（記入例：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。）

◎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。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）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、5万円を上限とする。）	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（乳頭）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（人工乳房（乳頭）を含む場合は10万円）を上限とする。）	左房、右房ごとに1回
その他	エビテーゼ（補整用人工物）の購入費の合計 ※人工乳房（乳頭）は除く。	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、5万円を上限とする。）	1回

※申請を行う補整具の購入費用について、長野県以外の都道府県や県外の市町村が実施する助成との重複申請はできません。

※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（やむを得ない場合は翌年度の末日）までに行ってください。

◎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軽井沢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。

（添付書類）

- ① 本人確認ができる書類
- ② がん治療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、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金融機関名、名義人、口座種別及び口座番号が分かる預金通帳その他これに類する書類の写し（通帳表紙裏の見開きの写しなど）
- ⑤ 代理申請の場合は代理人の確認できる書類及び委任状（様式第2号）
- ⑥ その他町長が必要と認める書類