

芦屋町アピランスケア支援事業助成金交付申請書

1. 申請者	ふりがな 氏名		電話番号	- -
	住所	(〒 -)		
	生年月日	年 月 日 (歳)	助成対象者 との続柄	
2. 助成対象者 ※1. 申請者と 同一の場合は 記入不要です。	ふりがな 氏名		電話番号	- -
	住所	(〒 -)		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
3. 助成対象 経費	用具	購入金額		購入日
	医療用ウィッグ	円		年 月 日
	装着用ネット	円		年 月 日
	毛付き帽子	円		年 月 日
	補整パッド	円		年 月 日
	補整下着	円		年 月 日
	専用入浴着	円		年 月 日
	弾性着衣	円		年 月 日
	エビテーゼ	円		年 月 日
	計	円		
4. 交付申請額 ※助成は1人1回 までとします。	円		※購入金額×1/2（千円未満切捨）又は 100,000円のいずれか低い額を記入してく ださい。	
5. 確認事項 ※該当するもの に☑をつけて ください	申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付又は 国若しくは地方公共団体の助成を受けたことがない。 □はい □いいえ→（助成事業名：)			

<p>6. 添付書類 ※添付した書類に☑をつけてください</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し (マイナンバーカード、運転免許証等 ※申請者及び助成対象者)</p> <p><input type="checkbox"/> がん治療に関する診断書、治療方針計画書、手術や化学療法の同意書の写しなどがん治療を受療している又は受療していたことが分かる書類</p> <p><input type="checkbox"/> 領収書及びその明細書 (購入日、品目、金額、個数が分かるもの。写しも可)</p> <p><input type="checkbox"/> 助成金の振込口座がわかるものの写し (口座番号等が分かるページ※申請者又は助成対象者の名義に限る)</p> <p><input type="checkbox"/> 芦屋町アピアランスケア支援事業助成金申請者調書</p>		
<p>7. 振込先</p>	<p>銀行・信用組合 農協・信用金庫</p>	<p>本店・支店 出張所</p>	<p>口座番号</p>
			<p>口座名義</p>
<p>芦屋町アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>芦屋町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			