

第1号様式(第4条関係) (案)

南阿蘇村アピアランスケア支援補助金交付申請書

年 月 日

南阿蘇村長 様

申請者 氏名 _____

〒

住 所 _____

電話番号 _____

補助対象者との続柄 本人 親族

その他()

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。(□にチェックを入れてください。)

補助対象者の住民基本台帳を参照すること

村税等の滞納がない世帯であることを確認すること

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()	
がん治療を受けたこと又は現に受けていることを証明する書類		・診断書・治療明細書 ・治療方針計画書 ・同意書 ・お薬手帳 ・その他() ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補助対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)		
	購入費用	① 円(税込)		
	補助対象額	② (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		
補助金交付申請額②を記入してください。				円

南阿蘇村記入欄		
※村税等の滞納確認 税務課長印	健康推進課長印	担当者

- ※補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
- ※補助対象者と申請者が異なる場合(補助対象者が未成年の場合を除く。)は、委任状も添付してください。
- ※過去に他の市町村等から、同種の補整具について購入費補助を受けている場合は、補助対象にはなりません。

(添付書類)

- (1)がん治療(薬物療法、放射線治療、手術等)を受けたことが分かる書類(写し)
診療明細書、お薬手帳、手術同意書、治療方針計画書、医師の診断書等
- (2)対象補整具医療用ウィッグの購入に係る領収書(写し)
- (3)その他村長が必要と認めるもの