

年 月 日

島本町長 様

島本町がん患者等のためのアピアランスケア支援事業助成金申請書

島本町がん患者等のためのアピアランスケア支援事業実施要綱に基づき、次のとおり助成を受けたいので、申請します。

過去の申請について【該当のチェック欄に記入してください。】		
共通	☐	過去に他市町村から同様の助成を受けていません。
ウィッグ等の御申請の方	☐	過去に島本町から医療用ウィッグ、ウィッグ（保護ネットを含む。）及び毛付き帽子の助成を受けていません。
胸部補整具の御申請の方	☐	過去に島本町から補整下着及び人工乳房・人工乳頭の助成を受けていません。または、過去に島本町から受けた助成は、今回の申請とは反対側の左右片方のみです。 ※過去に助成を受けた方は、申請時期及び部位を記入してください。 (申請時期 年 月頃)(部位 左 ・ 右)

申請者	ふりがな		生年月日		年齢	歳
	氏名					
	住所		電話番号			
	続柄	☐ 本人（助成対象者欄の記入は不要） ☐ 代理人（続柄： ）（助成対象者欄に記入してください。）				
助成対象者	ふりがな		生年月日		年齢	歳
	氏名	(自署)				
	住所		電話番号			
私は、上記申請者を代理人と定め、島本町がん患者等のためのアピアランスケア助成事業実施要綱に基づく手続及び受領に関する一切の権限を委任します。						
助成対象経費と申請	■医療用ウィッグ等（以下、該当するものに☑し、必要事項を記載してください。） 補整具の種類： ☐ 医療用ウィッグ、ウィッグ（保護ネットを含む。） ☐ 毛付き帽子 購入日： 年 月 日(複数点あるときは、最も古い日付を記入) ⑦購入経費： 円 ④助成限度額： 20,000 円 ⑤助成対象額：⑦と④のいずれか低い額 円 ※医療用ウィッグ等とは、次のものを指し、附属品やケア用品、購入に要した交通費や郵送費等を除く。 ①医療用ウィッグ、ウィッグ（保護ネットを含む。全頭用・部分用不問） ②毛付き帽子					
	■胸部補整具（以下、該当するものに☑し、必要事項を記載してください。） 補整具の種類（左用）： ☐ 補整下着 【助成限度額：10,000円】 ☐ 人工乳房・人工乳頭 【助成限度額：20,000円】 補整具の種類（右用）： ☐ 補整下着 【助成限度額：10,000円】 ☐ 人工乳房・人工乳頭 【助成限度額：20,000円】 購入日： 年 月 日(複数点あるときは、最も古い日付を記入) ⑧購入経費(左用)： 円 ⑧購入経費(右用)： 円 ④助成限度額：左用 円 : 右用 円 ⑤助成対象額：⑧と④(左用)のいずれか低い額 円 ⑧と④(右用)のいずれか低い額 円 ※胸部補整具とは、次のものを指す。 ①外見の変化を補うための補整下着。下着とともに使用するパッドを含む。 ②人工乳房・人工乳頭。ただし、乳房再建術等で体内に埋め込まれたものを除く。 ③購入に要した交通費や郵送費等を除く。					
申請額 円 (上記⑦と⑤の合計額を記入し、裏面へ)						

振 込 先	(金融機関名) 銀行・信金 農協・組合					(銀行コード 4桁)			
	(支店名) 支店・本店・出張所					(支店コード 3桁)			
	(預金の種別) 普通・当座	口座番号 (7桁)							
口座名義	(カナ)								
同 意 事 項	■島本町がん患者等のためのアピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、私は、以下の点について確認・同意の上、申請します(確認後☑してください)。 ☐申請に当たっては、島本町がん患者等のためのアピアランスケア支援事業実施要綱の内容を遵守します。 ☐この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、島本町が調査することに同意します。 ☐島本町から医療機関に治療内容、購入先に購入内容を照会すること及び申請者又は助成対象者に申請内容を確認することに同意します。 ☐決定通知書等の送付に当たり、氏名の文字が表示できない場合、代替文字での記載になることに同意します。								
確 認 事 項	■申請に当たっては、次の書類を御用意ください(確認後☑してください)。 ☐がん治療による脱毛又は乳房の変化であることが証明できる書類(がん治療に係る説明書、診断書、治療方針計画書等の医療機関が発行した書類の写しで、発行医療機関の名称又は医師の氏名、治療を受けた者の氏名、診断名及び使用した薬剤又は外科手術を行った部位が確認できるものに限る。) ☐アピアランスケア用具等の購入に係る領収書の原本で、宛名(申請者又は助成対象者の氏名であるものに限る。)、購入日、購入金額、購入品目及び領収書発行者の記載があるもの(領収書の原本に商品名、品名等の購入明細の記載がない場合にあっては、購入明細原本(商品名、品番等、助成対象のアピアランスケア用具等であることが分かる記載があり、領収書の原本の金額と整合性が確認できるものものに限る。)) ☐申請者が代理人の場合は、代理人の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証(両面)、健康保険証(両面)、住民票の写し等)								

【申請に当たり、下記のアンケートに御協力をお願いします(任意回答)。】

この事業を利用し、アピアランスケア用品を使用することで下記のような心境の変化はありましたか(複数回答可)

- ☐人と交流したり、外出したい気持ちになった
- ☐人との交流が増えた
- ☐外出の機会が増えた
- ☐気分が明るくなった
- ☐仕事や学校を続けたいと思えるようになった
- ☐治療を続けたいと思えるようになった
- ☐その他(以下に自由に記載してください)

以上でございます。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。