様式第1号（第5条関係）

早島町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

早島町長 様

早島町アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請に当たり、裏面の同意・誓約事項について同意・誓約するとともに、交付決定後は、交付決定額を請求します。（この申請書は交付決定及び確定日をもって請求日とし、早島町アピアランスケア助成金請求書として取り扱います。）

申請者	ふりがな				助成対象者との関係	☐ 本人	☐ 親権者
	氏名	㊦				☐ 未成年後見人	☐ 成年後見人
	住所	〒			電話番号	※日中に連絡可能な電話番号	
助成対象者	助成対象者と申請者が同じ場合 ☒ を付けてください。	ふりがな			生年月日	年 月 日	
		氏名	☐ 申請者と同じ				
		住所	☐ 申請者と同じ 早島町				
がんの治療機関等		医療機関名			主治医名		
助成対象経費	区分	購入金額			購入日		
	ウィッグ等	円（税込）			年 月 日		
	補装具等	円（税込）			年 月 日		
助成申請額		※区分ごとに助成対象経費の1/2の額（1,000円未満切り捨て）又は3万円のいずれか低い金額 円					
添付書類 ※ ☒ をつけること		☐	①がん治療に関する書類（コピー可） ※がん患者氏名、医療機関、がん治療により脱毛を伴う副作用の記載がされているもの、又は乳房切除等を証する書類 ＜例＞化学療法に関する説明書や治療方針計画書など（複数添付による確認可）				
		☐	②助成対象用具の購入に係る書類（コピー可） ※購入者名（申請者又は助成対象者）、購入年月日、購入品名、購入金額とその内訳、台数及び領収書発行元の名称の記載があるもの ＜例＞領収書など（複数添付による確認可）				
		☐	③振込口座が確認できる書類の写し ※金融機関名、支店名、口座種別、口座名義人（カタカナ）、口座番号の確認ができる箇所をコピーしてください。				
振込先	金融機関名		支店名	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)
	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所	普通 当座			

注1 口座名義人欄へは申請者氏名を記入してください。助成金は申請者の口座へ振り込みます。

注2 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に親権者等法定代理人の氏名を記入してください。

早島町アピアランスケア助成金交付申請に係る同意・誓約書

早島町アピアランスケア助成金を申請する場合は、以下の1から6全ての項目を確認し、同意・誓約いただけたら、署名又は記名押印してください。

- 1 申請者及び助成対象者並びに同一世帯員は、助成の決定に必要な範囲において、町が住民基本台帳を閲覧すること並びに公的機関（自治体等）に照会することに同意します。
- 2 申請者及び助成対象者は、町が医療機関に治療内容を照会すること及び助成対象用具の購入先に購入内容を照会することに同意します。
- 3 申請者及び助成対象者並びに同一世帯員は、町税の滞納をしていません。
- 4 当該助成対象用具について、医療保険各法による医療に関する給付を受けていません。また、これまでに町及び他の地方公共団体等が実施する同様の制度による助成等の交付を受けていません。
- 5 申請内容及び添付書類に虚偽はありません。
- 6 虚偽の申請を行ったときや宣誓事項に違反したときには、早島町長が早島町アピアランスケア助成金交付要綱第6条に基づいて助成金額を決定する前であれば、助成金の申請を取り下げ、既に助成金の交付を受けていたときは、速やかに早島町に助成金を返還します。また、これに伴い申請者及び助成対象者に不利益が生じたとしても意義は一切申し立てしません。

上記1から6の項目について確認し、同意・誓約の上、申請します。

____年 ____月 ____日

署名又は記名押印