

高取町アピランスサポート事業助成申請書兼請求書

年 月 日

高取町長 様

申請者：住所

氏名

印

助成対象者との続柄（ ）

電話番号

携帯番号

関係書類を添えて、次のとおり補正具購入経費の助成申請及び請求をします。なお、次のことについて同意します。また、対象となる補正具について、国・県又は他の市町村の助成金を受けていないことを誓約します。

高取町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること

申請内容の確認のために町が保有する対象者及び申請者の住所、町税の納付状況等個人情報を閲覧すること

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名		電話番号		
	住所	〒635-01 奈良県高市郡高取町大字			
助成対象経費	区分	(1)ウィッグ等	(2)乳房補正具等		
			補正下着	人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)	キ 円(税込)	
	購入費用の1/2	ア-① 円	エ-① 円	キ-① 円	
	助成限度額	イ 30,000 円	オ 10,000 円	ク 30,000 円	
助成対象額	※ア-①又はイのいずれか低い額 ウ 円		※エ-①又はオのいずれか低い額 カ 円		※キ-①又はクのいずれか低い額 ケ 円
助成請求額	円 ※ウ、カ又はケの合計を記入してください。				
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。写し可。） <input type="checkbox"/> 対象補正具の購入に係る領収書（申請者の氏名、購入した年月日、合計金額、品名、金額、台数（個数）の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。写し可。） <input type="checkbox"/> 委任状 ※助成対象者以外の者（法定代理人を除く。）が申請者の場合 <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し <input type="checkbox"/> 本人と代理人の関係を証明する書類 ※助成対象者が死亡の場合				
振込先	金融機関	銀行・金庫 信用組合・農協	本・支店名	本店・支店 出張所	
	口座種別	普通・当座		口座番号	
	口座名義人 (申請者と同一)	フリガナ			