

須恵町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

須恵町長 様

(申請者)

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

須恵町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。

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、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない

助成対象者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)			
助成対象経費	区分	用具	購入金額	購入日	交付申請額
	医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	_____ 円	_____ 年 月 日	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 _____ 円
		装着用ネット	_____ 円	_____ 年 月 日	
		毛付き帽子	_____ 円	_____ 年 月 日	
	補整具等	補整パッド	_____ 円	_____ 年 月 日	10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 _____ 円
		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	
		エピテーゼ	_____ 円	_____ 年 月 日	

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合	本店 支店
	口座種別	1.普通      2.当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

添付書類 (添付した書類にをつけてください)

- 須恵町内に住所があることが分かる書類
- がん治療を受療していることが分かる書類
- 領収書の写し及びその明細書の写し
- 振込口座の確認ができるもの (通帳等) の写し