様式第１号（第５条関係）

広川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

令和　　年　　月　　日

広川町長　様

（申請者）

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

広川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。

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">1　助成対象者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="9">2　助成対象経費</td><td>用具</td><td>購入金額</td><td>購入日</td><td>区分</td></tr>
<tr><td>医療用ウィッグ</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td><td rowspan="3">医療用ウィッグ等</td></tr>
<tr><td>装着用ネット</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>毛付き帽子</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>補整パッド</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td><td rowspan="5">補整具等</td></tr>
<tr><td>補整下着</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>専用入浴着</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>弾性着衣</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>エピテーゼ</td><td>円</td><td>令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">3　交付申請額</td><td colspan="2">医療用ウィッグ等</td><td colspan="2">補整具等</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td rowspan="5">4
振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2">銀　行
信用金庫・農協</td><td colspan="2">本店
支店</td></tr>
<tr><td>口座種別
※該当するものに○印</td><td colspan="4">1.普通　　　　2.当座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>口座名義</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※裏面に続きます

5　同意及び確認事項 （該当するものに☑をつけてください）	□ 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ません。 □ 広川町暴力団排除条例第２条第１号及び第２号に規定する暴力団等又はこれらの者と密接に関係を有する者ではありません。 □審査に必要な情報について住民基本台帳の確認、町税等滞納調査をされることに同意します。 □世帯の課税年額を調査することに同意します。（世帯の町民税所得割課税年額が23万５千円以上の場合はこの助成金は該当しません）
6　添 付 書 類 （添付した書類に☑をつけてください）	□ 診療明細書の写しなど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 □ 振込先口座が確認できる書類