様式第１号（第５条関係）

【表面】

熊野町がん患者ウィッグ購入費助成申請書

　熊野町長

※「本人」以外による申請の場合、

別紙「委任状」が必要。

ただし、助成対象者が未成年の

場合は不要。

※助成対象者が未成年の場合、

　親権者又は未成年後見人。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 申請者氏名 |  | | | | | |
| 申請者住所 | 〒731-42 | | | | | |
| 熊野町 | | | | | |
| 助成対象者との関係 |  | | | | | |
| (例：本人、父、母、子など) |
| 連絡先 |  | | | | | |
| (日中に連絡可能な電話番号) |

　私は、熊野町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱による助成金を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、申請内容の確認等に必要な場合は、熊野町から、広島県へ決定内容等や医療機関に治療内容等、また購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　助成対象者  ※１人１回限り | 氏名 | |  | | | | | | | | | | 申請者と同じ | | | | |
| 住所 | | 熊野町 | | | | | | | | | | 申請者と同じ | | | | |
| 生年月日 | | 大正・昭和  平成・令和 | |  | | | 年 | | |  | | 月 | |  | | 日 |
| ２　助成対象費用  ※ｹｱ用品(消耗品、  ｽﾀﾝﾄﾞ、ﾌﾞﾗｼなど）  は対象外 | 購入ウィッグ等  ※該当するものに☑ | | 全頭用ウィッグ | | | | | | | 頭皮保護用ネット | | | | | | | |
| 購入年月日  ※複数の場合は併記 | | 令和 　・ 　・ | | | | | **広島県**  **決定通知日** | | | | | 令和　 ・ 　・ | | | | |
| 購入金額  ※複数の場合は併記 | |  | | | | | | | 円（消費税を含む） | | | | | | | |
| ３　助成申請額 | 申請額 | |  | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| ※対象費用に2分の1を乗じて得た額（5万円を上限とし、千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４　添付書類  ※全て☑を付ける  　こと |  | ①　広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書（コピー可） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ②　振込先口座の確認書類（通帳・キャッシュカードのコピー等）  　※金融機関名、支店名、預金種別、口座名義（カタカナ）、口座番号の確認 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ③　対象ウィッグに係る領収証等（コピー可）  　※購入日、購入者氏名（申請者又は助成対象者）、領収金額に係る全ての購入  　　品名及び購入金額の内訳（内訳書や明細書の添付も可）の記載が必要 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ④　がんの診断及び治療内容が分かる書類（コピー可）  　※氏名、医療機関名、病名、治療による副作用「脱毛」の記載が必要  　【例】治療に関する同意書、計画書、説明書など（複数添付による確認可） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⑤　がんの治療を受けたことが分かる書類（コピー可）  　※氏名、医療機関名、日付、治療内容の記載が必要  　【例】診療明細書、お薬手帳など（複数添付による確認可） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５　振込先口座  ※申請者名義の  　ものに限る | 金融機関名 | |  | | | | 銀行・金庫・組合・その他（　　） | | | | | | | | | | |
| 支店名 | |  | | | | 本店・支店・出張所・その他（　　） | | | | | | | | | | |
| 口座種別 | | 普通　　・　　当座 | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号(右詰め) | |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 口座名義(カタカナ) | |  | | | | | | | | | | | | | | |

※申請に当たっては、必ず裏面の「注意事項」を御確認ください。

【裏面】

■　注意事項

１　この申請は、広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書の通知日から（以下「通知日」という。）１年以内に行ってください。

２　助成決定及び助成金額は、熊野町健康推進課から文書で通知します。

　　なお、助成できない場合も、その理由を付して文書で通知します。

３　書類に不備がある場合など、助成金を交付できないことがあります。

４　本事業による助成は助成対象者１人につき１回限りです。



　広島がんネット－がんとの共生－アピアランスケア（ウィッグ購入費助成）

　※https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/kyousei-appearance.html

■　個人情報の取扱いについて

　　この申請により得られた個人情報は、当該助成金の交付事務以外には使用しません。また、関係法令を遵守し厳重に管理するとともに、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

■　問い合わせ先

　　熊野町健康推進課

　　電話：０８２－８２０－５６３７

【申請書の提出方法】

　郵送の場合

次の住所に郵送してください。

なお、病歴に関することなど重要な個人情報を含むため、原則、追跡可能な方法（レターパック、簡易書留、特定記録など）で郵送してください。

【宛先】

〒731-4292　広島県安芸郡熊野町中溝一丁目1番1号

熊野町健康推進課

　持参の場合

担当課の窓口までお越しください。

【窓口】

広島県安芸郡熊野町中溝一丁目1番1号

熊野町健康推進課

　【受付時間】

　月~金の午前８時３０分～１２時、午後1時～５時（ただし祝日及び年末年始等の閉庁日を除く。）