

様式第1号（第6条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金交付申請書

年　月　日

南三陸町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 一 一

南三陸町アピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
治療したがんの種類					
補正具の種類	医療用ウィッグ ・ 乳房補正具（右）・ 乳房補正具（左） (該当する種類に○をつけてください。)				
購入年月日	年 月 日	購 入 額	円		
申 請 額	円				
添 付 書 類	治療説明書、診断書、治療方針計画書等治療内容を確認できる書類の写し 補正具を購入したことが確認できる書類の写し				

備考 申請額には、購入額に記載した金額又は3万円（乳房補正具を左右両方購入した場合は6万円）のいずれか低い方の金額を記入してください。