

鏡野町アピアランスケア助成事業実績報告書

年 月 日

鏡野町長 様

鏡野町アピアランスケア助成事業補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により次のとおり実績を報告いたします。なお、次のことを照会及び確認することに同意します。

- ☐ 町が、医療機関に治療内容を照会すること及び購入先に購入内容を照会すること。
☐ 町が、補助金交付決定に必要な範囲において、申請者及び補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧するとともに、関係機関等に照会すること。

申請者	氏 名	☐ 本人 ☐ 親権者 ☐ 未成年後見人 ☐ 成年後見人		
	住 所	電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
補助対象者 ☐ 申請者と同じ (記入省略)	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
補助対象経費	区 分	用 具	購入金額	購入年月日
	ウィッグ等	ウィッグ	円	年 月 日
		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
		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	
確認事項	☐ 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及び国又は他の地方自治体が実施する同様の制度による助成を受けていない。 (はい ・ いいえ)			
添付書類	☐ がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し ※医療機関が発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書等の写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることが分かる書類の写し） ☐ 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し ※購入者氏名（申請者又は補助対象者）、購入年月日、購入品名、購入金額とその内容、領収書発行元の名称の記載があるもの			

