

補助金交付申請書

年 月 日

飛島村長 様

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者名

飛島村補助金交付規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 補助年度 年度
- 2 補助事業名 飛島村がん患者アピアランスケア支援事業費補助金
- 3 補助事業に要する経費及び補助金交付申請額

補助事業に要する経費	金	円
補助金交付申請額	金	円

- 4 補助事業の目的

がん治療による外見変貌を補完する医療用ウィッグ又は乳房補整具の購入に係る経済的負担の軽減を図るため。

- 5 補助事業実施時期 着手 年 月 日
完了 年 月 日

- 6 添付書類

- (1) 納税証明書又は村税納付状況を税務職員以外の村職員が調査することに同意する文書（別紙1）
- (2) がん患者アピアランスケア支援事業費補助金同意書
- (3) がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し
【ウィッグの場合】ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。
【乳房補整具の場合】ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。
- (4) 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）
- (5) 請求書（口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写しを添付）
- (6) 住民票の写し（発行から3か月以内であるものに限る。）ただし、補助対象者の住民基本台帳を閲覧することに同意する場合は省略できる）
- (7) 委任状（補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。））
- (8) その他村長が必要と認める書類