

## 大淀町アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

大 淀 町 長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

大淀町アピアランスケア支援事業助成金の交付について、大淀町アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

## 1. 申請内容

助成対象者	フリガナ	
	氏 名	
	購入時点の住所	奈良県吉野郡大淀町
	電話番号	
購入した補正具	購入日	年 月 日
	購入品名	<p>①医療用ウィッグ ※がん治療に伴う脱毛に対応するために着用する医療用ウィッグ (全頭用・ウィッグ装着のためのネットを含む)</p> <p>( )</p> <p>②乳房補正具 (両方・右・左) ※手術による乳房の形の変化に対応するための補整パッド または人工乳房及びこれらを固定する下着</p> <p>( )</p>
	購入金額	円 ※助成金には上限があります。
誓約事項	<input type="checkbox"/> 申請する補装具は、助成対象者ががんの治療に伴うアピアランスケアに使用するものです。 <input type="checkbox"/> 助成対象者を含む世帯は、町税を滞納していません。 <input type="checkbox"/> 申請する補正具に対して、他の自治体等から本事業と同様の助成等を受けていません。	

## 2. 添付書類

- (1) アピアランスケアに使用する補正具の購入を確認できる領収書等
- (2) 助成対象者の本人確認ができる書類（運転免許証の写し等）