

穴水町がんアピアランス支援事業費用助成金交付申請書兼請求書

穴水町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号 ()

1. 医療用ウィッグ及び乳房補整具の購入に要した費用について、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。
2. 本申請に係る助成対象に対し、必要な範囲で町が納税状況の確認及び医療機関・購入先に対し内容を照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合に <input checked="" type="checkbox"/> 〒 電話 () -	
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ (保護用ネット含む)	乳房補整具 (右・左)
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入費用 (A) ※他の助成額を除く	円 (税込)	円 (税込)
	助成限度額(B)	30,000円	左右 各20,000円
	(A)又は(B)の いずれか低い方	① 円	② 円
助成申請額 (①+②)		円	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (原則対象者)		
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) <input type="checkbox"/> 補整具の領収書等、購入した日、金額及び商品がわかる書類 <input type="checkbox"/> 振込先の口座の情報がわかる書類の写し <input type="checkbox"/> 同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額がわかる書類		