

与謝野町長 宛

与謝野町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

与謝野町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、この事業に関し、対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	() -		
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者覧の以下の項目の記入は不要) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。(申請者覧の以下の項目の記入が <u>必要</u>) ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
電話番号	() -	対象者との関係		
助成対象補整具と金額	補整具	ウィッグ等	乳房補整具 (③又は④のいずれか)	
	種類	① ウィッグ ② 毛付き帽子	③ 補整下着	④ 人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用 (ア)	円	円	円
	アの1/2の額 (イ)	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て
	上限額 (ウ)	30,000円	10,000円	30,000円
	申請額 (イ又はウのいずれか少ない額)	円	円	円
申請額合計	円			

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所				
預金種別	普通・当座	口座番号					
口座名義	(フリガナ)						

※ 振込先口座は申請者と同一にしてください。

- <添付書類> (1) 本人確認書類 (対象者及び申請者の氏名、住所、生年月日が確認できるもの、運転免許証、マイナンバーカード、住民票等)
- (2) がんの治療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
- (3) 補整具の購入に係る領収書及びその明細書の原本 (対象者氏名、購入日、購入金額、補整具の種類、購入数、発行者の名称の記載があるもの)
- (4) 振込先金融機関口座確認書類 (通帳又はキャッシュカード) の写し