

様式第1号（第5条関係）

明和町アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

明和町長 様 年 月 日

申請者
 (〒 _____)
 住 所
 氏 名
 電話番号

明和町アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり、申請します。

1 助成対象者	氏 名									
	住 所	明和町								
	生年月日	年		月		日		(歳)		
2 がんの治療状況	医療機関名									
	治療開始時期	年		月		から				
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 (_____)								
3 助成対象経費	医療用ウィッグ等				補整具等					
	用 具	購入金額		用 具	購入金額					
	医療用ウィッグ	_____ 円		補整パッド	_____ 円					
	装着用ネット	_____ 円		補整下着	_____ 円					
	毛付き帽子	_____ 円		専用入浴着	_____ 円					
	抗がん剤治療 専用キャップ	_____ 円		弾性着衣	_____ 円					
4 交付申請額	医療用ウィッグ等				補整具等					
	上限額 30,000円 _____ 円				上限額 20,000円 _____ 円					
5 添付書類 (添付した書類に☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し									
6 振込口座	銀 行 名				本 ・ 支 店 名					
	金 融 機 関 コード		店 舗 コード		種 目	口 座 番 号				
					1 普通預金					
					2 当座預金					
				3 その他						
	ふりがな									
	口座名義人									
本支援事業の利用決定に当たり、町が関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 助成対象者及び助成対象者と世帯を同一する者の町民税所得割課税額及び町税等の納付状況 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">助成対象者氏名 _____</div>										