

様式第1号（第6条関係）

宝達志水町がんアピアランスケア事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

宝達志水町がんアピアランスケア事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

なお、本申請の審査において、必要な範囲で町が住民基本台帳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。

対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日 ( 歳)
	住所 (申請者と同一の場合は、記載不要)	〒 _____ 電話 ( ) - _____	
補助対象費用	補整用具の種類	医療用ウィッグ (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) ※他の補助金の額を除く	円 (税込)	円 (税込)
	(A) の 1/2 の額 (B)	円 ※1,000 円未満切捨て	円 ※1,000 円未満切捨て
	補助限度額 (C)	30,000 円	左右 各 20,000 円
	(B) 又は (C) のい ずれか低い額	① 円	② 円
補助申請額 (①+②)		円	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (原則、対象者と同一)		

- 【添付書類】
- 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、がん治療を現に受けている又は受けていたことが分かる書類
  - 補整具等の領収証等、購入した日、金額及び商品が分かる書類
  - 他の同種の制度の補助金を受けている場合は、その交付の額が分かる書類
  - 通帳の写し等、振込先の情報が分かる書類
  - その他町長が必要と認める書類