

様式第1号（第5条関係）

神川町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(申請先)神川町長

住 所 神川町

氏 名 印

電話番号 ()

神川町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で町が住民基本台帳等の公簿及び医療機関並びに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	〒 神川町 電話番号	
助成対象経費	補整具の種類	ウイッグ	乳房補整具(左・右)
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入費用(A)※	円(税込)	円(税込)
	助成限度額(B)	30,000円	20,000円
	(A)又は(B)のいずれか低い額	円	円
助成申請額		円	円
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者と同じ)	※未成年者など以外は、助成対象者の名義のものとしてください	
添付書類		<input type="checkbox"/> がんの治療を受けたこと又は現に受けていることを証明する書類の写し <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"/> 通帳の写し等、振込先の情報がわかる書類	