

池田町長 様

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄
連絡先 ()

池田町がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、がん患者等アピアランスサポート事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

なお、申請にあたり、住民基本台帳及び町税等の納税情報を閲覧し確認することに同意します。

記

1 補助対象がん患者等	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区分	(1) ウィッグ (ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子も含む。) (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ※該当区分に丸をつけて下さい。
	購入金額	円
	購 入 日	年 月 日
3 交付申請 (請求) 額	円 購入額に 1/2 を乗じた額 (補助上限 20,000 円)	
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した日付及び金額が証明できる書類の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書など治療内容を証明できる書類の写し <input type="checkbox"/> 通帳の口座情報が確認できる部分 (通常は表紙の裏側) の写し	

5 振込先

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通	2. 当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

(申請者と補助対象がん患者等が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください)