

井手町長 宛

井手町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

井手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、助成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	□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) □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 (②又は③のいずれか)	
	種 類	① ウィッグ	② 補整下着	③ 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	20,000円	50,000円
	申 請 額 (イ又はウの少ない額)	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 (運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写しなど)
(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
(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