

古座川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

年 月 日

古座川町長

申請者 住 所  
氏 名  
補助対象者との関係（ ）  
電話番号

古座川町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請内容確認のため、町が対象者の住民基本台帳を閲覧すること及び、必要に応じて関係機関に照会することに同意します。

補助対象者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日
	住 所			年 月 日
医療用補整具の種類		ウィッグ	人工乳房・人工乳頭 右側・左側・両方	乳房補整下着
購入年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入費用		円（税込）	円（税込）	円（税込）
助成上限額		20,000 円	（左右各）20,000 円	10,000 円
助成金申請額※		円	円	円
※助成金の額は、購入費用の額に2分の1を乗じて得た額（1,000円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）又は助成上限額のいずれか低い額				
助成金請求額（申請額の合計）			円	
他からの助成の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
振込先 （申請者と同じ）	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する証明書、治療方針計画書等の写しのいずれか一点 （がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類） <input type="checkbox"/> 医療用補整具の領収書の原本（助成対象者名、当該医療用補整具の購入日、購入品目、個数及び購入金額の記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 上記添付書類の他、町長が必要と認める書類			
※代理申請欄（代理による申請及び請求（並びに受領）を行う場合の記入）				
代理人	フリガナ 氏 名		対象者 との続柄	
	住 所			
私は、古座川町がん患者アピアランスケア支援事業助成金の申請及び請求（並びに受領）に関する権限を上記代理人に委任します。 <p style="text-align: right;">委任者 氏 名</p>				