

様式第1号（第5条関係）

滑川町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)
滑川町長

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号
助成対象者との続柄

滑川町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第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、当該申請の審査にあたり、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関や購入店舗に問い合わせることに同意します。

助成対象者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日				
	電話番号				
	住 所	〒			
□申請者と同じ					
過去における本事業による助成の有無	無・有	<input type="checkbox"/> 頭髪補助具 <input type="checkbox"/> 乳房補整具	県内他市町村での助成や 他の法令に基づく同種の助成の有無	無・有	
助成対象費用	区 分	頭髪補助具		乳房補整具	
	購 入 日	年 月 日		年 月 日	
	購 入 費 用	円 (税込) (ア)		円 (税込) (イ)	
	助 成 額 上 限	10,000円 (ウ)		10,000円 (エ)	
	助 成 金 額	アまたはウのいずれか少ない方の額		イまたはエのいずれか少ない方の額	
		円 (オ)		円 (カ)	
交付申請額	円 (オとカの合計)				
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの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（医療機関が発行するがんの治療に関する説明書、医師の診断書、治療方針計画書等）の写し <input type="checkbox"/> 助成対象補助具の購入に係る領収書及び明細書（購入者、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元の記載があるもの）の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳（申請者名義の口座に限る。）の写し <input type="checkbox"/> その他				
振込先口座	金融機関名			本・支店名	
	預金種別	普通 当座	ふりがな		
			口座名義人		
口座番号					

※助成対象補助具を購入した日の翌日から起算して1年以内に申請してください。