

綾川町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

助成対象者との関係

電話番号

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業補助金申請書

がん患者アピアランスケア用品購入費用の助成を受けたいので、綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
	<input type="checkbox"/> 未成年者	氏名	
		生年月日	年 月 日 (歳)
		住所	綾川町
	電話番号		
がんの治療状況	医療機関名		治療方法
			手術・放射線・薬剤
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	補整下着等の胸部補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)
	購入費用の 1/2の額	イ(アの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円	オ(エの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円
	補助基準額	ウ(イまたは30,000円の低い方の額) 円	カ(オまたは30,000円の低い方の額) 円
交付申請(請求)額	(ウとカの合計額) 円		
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 申請者及び助成対象者の現住所及び生年月日が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 綾川町がん患者医療用補整具購入費用助成事業【請求書】 <input type="checkbox"/> 振込先の口座情報が確認できる部分の写し		
綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成金交付決定のため、綾川町が住民基本台帳及び町民税課税台帳等により確認を行うこと、また、助成を受ける補助具に対して他の補助金等を受けていないこと等について、他の地方公共団体等及び医療機関や用品の購入先等に対して調査することに承諾します。なお、過去に国や他の地方公共団体から助成を受けていないことを申し添えます。			
申請者氏名 _____			

