

様式第 1 号(第 5 条関係)

今別町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

今 別 町 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
助成対象者との続柄

注) 助成対象者が 18 歳未満の場合は、保護者が申請者となります

今別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、申請するにあたり、町が保有する対象者の住民票を閲覧すること並びに医療機関等に照会することに同意します。

助成対象者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	
	住 所	☐ 申請者と同じ	電話番号	
助成対象経費	区 分	頭部補整具	胸部補整具	
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	
	自己負担 (A)	円	円	
	上 限 額 (B)	2 0 , 0 0 0 円	2 0 , 0 0 0 円	
	請求金額 (A 又は B のいずれか少ない額)	円	円	
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合	本店・支店 支所・出張所	
	フリガナ		預金種別	普通・当座
	口座名義 (申請者)		口座番号	

(添付書類)

- がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による部位の変形等を証明する書類（医療機関が発行するがん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
- 対象用品の購入に係る領収書及び明細書等の写し
- 振込先金融機関の通帳の写し