

記入例

様式第1号(第6条関係)

上里町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

上里町長 様

①来所日を記入する。

年 月 日

申請者(※1)

住所

上里町大字七本木307

氏名

上里 花子

印

電話番号

0495-33-2550

対象(児)者との続柄

母

②該当箇所を記入する。
(下記※1確認)
印鑑も忘れずに押印する。
(シャチハタ不可)

上里町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の受理は、申請者が住民基本台帳に住所を有すること、申請者と助成金交付対象(児)者が同じ場合は、申請者と助成金交付対象(児)者が同じ場合は、「本人」と記入する。

③添付書類を確認して☑する。

添付書類

- ☒ 助成申請日より2年以内に作成されたがん治療(抗がん剤、手術等)を証する書類等の写し(例:診断書、同意書、治療方針計画書、その他がん治療を証明する書類)
- ☐ ウィッグ、胸部補整具等の購入した日、金額及び商品名
- ☐ 振込先金融機関名、口座名義及び口座番号が確認できるもの(振込申請者の場合のみ。)

④助成金交付対象(児)者の生年月日を記入する。

対象(児)者	フリガナ	カミサト タロウ		生年月日
	氏名	☐申請者と同じ 上里 太郎		平成〇〇年 〇月 〇日 (〇〇 歳)
	住所	☑申請者と同じ 〒 上里町大字		電話番号 ☑申請者と同じ
対象経費	補整具の種類	ウィッグ等		乳房補整具等
	申請状況(※2)	☑初回 ☐2回目		
	購入日	令和 〇年 〇月 〇日		
	購入費用(A)	〇〇〇〇〇 円(税込)		
	助成限度額(B)	30,000円		
	(A)又は(B)のいずれか低い額	〇〇〇〇〇 円		
助成申請額		〇〇〇〇〇 円		
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・農協・信用金庫		〇〇 本店・支店・出張所
	預金種別	普通	当座	口座番号
	フリガナ	カミサト ハナコ		
	口座名義人(申請者名義)	上里 花子		

- ※1 対象(児)者が未成年(18歳未満)の場合は、保護者が申請してください。
- ※2 初回の交付決定を受けた日が属する年度の翌年度から5年間は申請ができません。
- ※3 助成対象補整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。
- ※4 偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けた場合は、当該助成金を返還していただきます。