

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

年 月 日

上里町長 様

申請者(※1) 住所
氏名 印
電話番号
対象(児)者との続柄

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、本申請の審査に必要な範囲で町が住民基本台帳の閲覧、町税に滞納がないことの確認その他確認等が必要な場合には医療機関並びに購入先に対し内容を照会することに同意します。

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、金額及び商品がわかる領収書等(原本)
- 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(申請者名義の口座に限る。郵送申請者の場合のみ。)

対象(児)者	フリガナ			生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 上里町大字		電話番号 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目		<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目
	購入日	年 月 日		年 月 日
	購入費用(A)	円(税込)		円(税込)
	助成限度額(B)	30,000円		20,000円
	(A)又は(B)のいずれか低い額	円		円
助成申請額		円		
振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫		本店・支店・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人(申請者名義)			

- ※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。