

安堵町がん患者のアピアランス支援助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

安堵町長 様

(申請者) 住所: \_\_\_\_\_  
 氏名: \_\_\_\_\_  
 電話: \_\_\_\_\_

安堵町がん患者のアピアランス支援助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。  
 なお、申請内容の確認のために必要な情報(住民基本台帳、町税の滞納状況及び受診状況等)を閲覧すること、並びに病名及び治療方法について医療機関等に問い合わせることに同意します。  
 また、対象となる補整具について、国・県又は他の市町村の助成金を受けていないことを誓約します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
	住所			
治療状況 がんの	医療機関名			
	病名			
	治療内容	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他( )		
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具(右・左)	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	
	申請額	円	円	
助成金交付申請額(合計)			円	

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							本店 支店	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号							フリガナ		
								口座名義人	

【添付書類】

- 補整具を購入したことが確認できる書類(領収書等)
- 手術、薬物治療及び放射線治療の治療内容を確認できる書類の写し(治療説明書や診断書、診療明細書等)
- 通帳の写し