

おおい町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 (対象者との続柄) \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

おおい町がん患者アピアランスサポート事業助成金支給申請書兼請求書

おおい町がん患者アピアランスサポート事業助成金の支給を受けたいので、おおい町がん患者アピアランスサポート事業助成金支給要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請し、助成金を支給されるよう請求します。

記

1 助成対象がん患者	氏 名		
	住 所		
	生年月日	年	月 日
2 助成対象経費	区 分	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ※該当区分に○をすること。	
	購入費用	円	
	助成基準額 ※購入費用に 1/2を乗じた額	円	
	購 入 日	年	月 日
3 支給申請 (請求)額	本年度既交付額 円	差引本年度限度額 円	支給申請（請求）額 円
4 添付書類 (添付した書類に☑ をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが証明できる書類		

※裏面もご記入ください

5 振込先（申請者と助成対象がん患者が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください）

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別 ※該当するものに○印	1.普通	2.当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--

(注) 申請した後、振込先口座に変更（解約）があった場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：おおい町役場すこやか健康課（電話 77-1155）