

様式第1号（第5条関係）

志賀町がん患者等のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

志賀町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

標記助成金の交付を受けたいので、志賀町がん患者等のアピアランスケア支援事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

対象者	フリガナ			生年月日			
	氏名			年 月 日 ( 歳)			
	住所	〒		電話番号			
	がん治療等の状況	疾病名					
		医療機関名					
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ( )				
他からの助成	有 ・ 無						
助成対象経費	補整具の種類						
	購入日	年 月 日		年 月 日			
	購入金額 (a)	円 (税込)		円 (税込)			
	(a) の1/2の額 (b)	円		円			
	(b) 又は20,000円のいずれか少ない額	①	円	②	円		
助成申請額 (①+②)		円					
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療等を受けていることが確認できる書類（診療明細書、お薬手帳などの写し） <input type="checkbox"/> 補整具の種類、購入金額、購入日が記載された書類（領収書等原本） <input type="checkbox"/> 対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等の写し） <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し） <input type="checkbox"/> 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書 <input type="checkbox"/> （代理人が申請する場合）委任状及び代理人の本人確認ができる書類						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 出張所			
	預金種別	普通・当座		口座番号（右詰め）			
	名義人（カナ）						