

申請書 記入例

(係)

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

志賀町長 様

令和 年 月 日

購入から1年以内に申請してください。

カ1-1

氏名 志賀 花子 (続柄 本人)

電話番号 日中連絡がつく番号をご記入ください

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	シカ ハナコ		生年月日	
	氏名	志賀 花子		和〇年〇月〇日 (〇歳)	
	住所	志賀町高浜町カ1-1 電話番号〇〇-〇〇〇〇			
	がん治療等の状況	疾病名	乳がん		
		医療機関名	〇〇病院		
治療方法		手術 放射線 薬剤 その他 ()			
他からの助成	有 ・ 無				
対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具(右)	
	領収書の日付を記入	令和〇年 〇月 〇日		令和〇年 〇月 〇日	
	(A)の1/2の額	60,500円(税込)		20,570円(税込)	
	(B)	※1,000円未満切り捨て 30,000 円		※1,000円未満切り捨て 10,000 円	
(B)又は20,000円のいずれか少ない額	①	20,000 円	②	10,000 円	
助成申請額 (①+②)		30,000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等) <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類 (通帳又は振込済みの領収書) <input type="checkbox"/> 公簿及び町税等納付状況調査に関する書類 <input type="checkbox"/> (代理人が申請する場合) 委任状及び印鑑				
振込先	金融機関名	〇〇〇〇銀行・金庫		本店・支店出張所	
	預金種別	振込先が対象者と異なる場合は委任状が必要です。			
	名義人 (カナ)	シカ ハナコ			