

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

かつらぎ町長 様

申請者（請求者）住所
氏名
電話番号

かつらぎ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

かつらぎ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請するにあたり、対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会すること、並びに前住所地等へ照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名	□申請者と同じ		年 月 日	
	住 所	□申請者と同じ			
補整具の種類		医療用ウィッグ	乳房補整下着	人工乳房・人工乳頭	
購入年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
購入費用		円 (税込)	円 (税込)	円 (税込)	
助成金申請額		円	円	円	
助成金請求額（申請額の合計額）			円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義				

【添付書類】

- 1 がん治療受診証明書（様式第2号）
- 2 対象医療用補整具購入にかかる領収書