様式第１号（第５条関係）

松伏町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

松伏町長　宛て

 　　　　　　　　　　　　　　　住 所

（申請者）氏 名

連絡先

松伏町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、松伏町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請（請求）します。なお、申請内容の確認のため、松伏町が住民基本台帳の情報を照会し、必要に応じて医療機関や購入先に対し、聴取及び照会することに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒　　　-　　　　電話番号　　　　（　　　　）　　 |
| 助成対象経費 | 区　分 | ウィッグ等 | 乳房補整具等 |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 購入金額 | ア　　 　　　　　円（税込） | エ 　　　　　　　円（税込） |
| 助成上限額 | イ 　 １０，０００円 | オ　 １０，０００円 |
| 助成対象額 | 【ア又はイのいずれか少ない額】ウ | 【エ又はオのいずれか少ない額】カ |
| 申請（請求）額 | 円（ウとカの合計額を記入してください） |
| 振込先 | 金融機関名 | 　銀行　信金　　　　　　　　　　　　本店信組　農協　　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座番号 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  | ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |

添付書類の確認

□　がん治療に関する診断書、薬物療法に関する説明書、治療方針計画書などの写し

　□　領収書の原本

　□　振込先が確認できるものの写し