

中能登町がんアピアランスケア事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請先）中能登町長

（申請者：口座名義人と同一）

住 所 中能登町

氏 名 ㊟

（対象者との続柄）

電話番号 （ ）

中能登町がんアピアランスケア事業助成金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で町が住民基本台帳の確認及び医療機関・購入先に対し、内容を照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日（ 歳）
	住 所 （申請者と同一の場合 は記載不要）	〒 中能登町 電話 （ ）	
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ（保護用ネット含む）	乳房補整具（左・右）
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入費用(A)※	円（税込）	円（税込）
	助成限度額(B)	20,000 円	左 右 各 20,000 円
	(A)又は(B)の いずれか低い額	① 円 (1,000 円未満は切捨て)	② 円 (1,000 円未満は切捨て)
助成申請額（①+②）		円	
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者と同一)		
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類 （化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等） <input type="checkbox"/> 補正具の領収書等、購入した日、金額及び商品がわかる書類 <input type="checkbox"/> 同種の他の助成金を受けている場合はその交付額がわかる書類 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等、振込先の情報がわかる書類		

※同種の他の助成金を受けている場合は、その交付額を差し引いた額を記入