

様式第1号（第5条関係）

小川町アピランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

小川町長 宛て 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

助成対象者との続柄 _____

小川町アピ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、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、当該申請の審査にあたり、町が保有する個人情報を確認すること及び医療機関や購入店舗に照会することに同意します。

助成を受ける方	フリガナ	生年月日	年	月	日	
	氏名	電話番号				
	住所 〒	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
がんの治療状況	医療機関名	治療方法 手術・放射線・薬剤・その他()				
助成を受ける用品	<input type="checkbox"/> ウィッグ等		<input type="checkbox"/> その他補整具等			
過去に本事業の助成を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔自治体名〕		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔自治体名〕			
購入年月日	年	月	日	年	月	日
購入費	円		円			
助成上限額	10,000 円		10,000 円			
交付申請額(※)	円 (ア)		円 (イ)			
交付申請額合計	円 (ア+イ)					

※交付申請額は、購入費と助成上限額を比較して少ない方の額を記入してください。

※助成対象用品を購入した日の翌日から1年以内に申請してください。

振込先口座	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】下記書類の写しを添付してください。

- 本人確認ができる書類
- がんの治療を受けたこと又は受けていることが確認できる書類(医療機関が発行する治療方針計画書、医師の診断書、診療明細書等)
- 助成対象用品の購入に係る領収書(購入年月日、購入品目、購入金額、領収書の発行元の記載があるもの)
- 振込先口座(申請者の名義のものに限る。)の通帳