

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

日高川町長 様

申請者（請求者）住所
氏名
電話番号

日高川町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

日高川町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 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、町が保有する対象者の個人情報を見ることが並びに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	ウィッグ	乳房補整具（右側）	乳房補整具（左側）		
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）		
補助金申請額	円	円	円		
補助金請求額（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 がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し
- 2 対象補整具購入にかかる領収書の写し
- 3 補助金の振込先金融機関の通帳の写し