

精華町長 宛 年 月 日

精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業申請書兼請求書

精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業実施要綱第 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、この事業に関し、対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	() -		
申請者	区分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要) ☐ 下記の者を申請者として、委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が必要) ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	() -	対象者との関係	
助成対象補正具と金額	補正具	ウィッグ等	乳房補正具 (③又は④のいずれか)	
	種類	①ウィッグ ②毛付き帽子等	③補正下着	④人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用 (ア)	円	円	円
	上限額 (イ)	30,000 円	10,000 円	50,000 円
	申請額 (ア又はイのいずれか少ない額)	円 ※100 円未満は切り捨て	円 ※100 円未満は切り捨て	円 ※100 円未満は切り捨て
申請額合計		円		

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		本店・支店 出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
口座名義	(フリガナ)							

(申請者本人の口座以外に振り込みを希望する場合)

当該助成金の債権の受領を上記口座の名義人に委任し、上記口座に振り込みを依頼します。

(申請者署名)

- 〈添付書類〉
- ①本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写しなど)

②がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し

③補正具の購入に係る領収書及びその明細書

④振込先金融機関口座確認書類 (通帳又はキャッシュカード) の写し

別記様式第 2 号（第 6 条関係）

第 号
年 月 日

様

精華町長

精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業について、次のとおり交付することを決定しましたので、精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により通知します。

交付決定額 円

別記様式第3号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

精華町長

精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業について、交付しないことを決定しましたので、精華町がん患者アピアランス補正具購入費助成事業実施要綱第6条第2項の規定により通知します。

【不交付理由】