

伊根町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

伊根町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

伊根町がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、伊根町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第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。

対象者	氏 名				
	住 所				
	生 年 月 日		電 話 番 号		
助成対象補整具と金額	補 整 具	ウィッグ等 (①又は②のいずれか)		乳房補整具 (③又は④のいずれか)	
	種 類	① ウィッグ ② 毛付き帽子		③ 補整下着	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
	アの1／2の 額 (イ)	円 ※1円未満切り捨て		円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て
	上 限 額 (ウ)	30,000円		10,000円	30,000円
	申 請 額 (イ又はウの いずれか少な い額)	円		円	円
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込みを希望する場合)

上記の口座に振込みを依頼します。

(申請者署名)

<添付書類> ①がん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
②補整具の購入に係る領収書及びその明細書