

川北町がんアピアランスケア事業助成金交付申請書

年 月 日

川北町長

申請者 住 所
氏 名

(対象者との続柄)

電話番号

川北町がんアピアランスケア事業実施要綱第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)	
過去の助成有無		過去に川北町や石川県内の他市町から、補整具購入費の助成を受けたことがありますか。 1 有 →対象補整具()自治体名() ※助成状況について、他の自治体に確認することがあります。 2 無	
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ(ネット、ウィッグ付き帽子含む)	乳房補整具(左・右)
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用(A)	円	円
	(A) × 1/2 (B)	円 ※1,000円未満切り捨て	円 ※1,000円未満切り捨て
	助成限度額(C)	20,000円	左右 各20,000円
	(B)又は(C)の いずれか低い額	① 円	② 円
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		
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"/> 購入した補整具の領収書等、購入者氏名や購入日及び商品がわかる書類 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等、振込先の情報がわかる書類	