

記入例

記入日を記載

年 月 日

様式第1号（第5条関係）

美浜町長 様

※申請者、対象者、振込先口座名義人は同一  
（ただし、対象者が未成年等の場合、申請者及び振込先口座名義人は保護者）

申請者

住所 **美浜町郷市25-25**

氏名 **美浜 太郎** 印

（対象者との続柄） **本人**

電話番号 **090（9999）9999**

美浜町がん患者アピランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

美浜町がん患者アピランスサポート事業補助金の支給を受けたいので、美浜町がん患者アピランスサポート事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請し、補助金を支給されるよう請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏名	<b>美浜 太郎</b>
	住所	<b>美浜町郷市25-25</b>
	生年月日	<b>昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日</b>
2 補助対象経費	区分	<input checked="" type="checkbox"/> (1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子を含む。） <input type="checkbox"/> (2) 補整下着等の胸部補整具 <input type="checkbox"/> (3) その他 ※該当区分に○をすること。
	購入費用	<b>30,000円</b>
	※購入費用に1/2を乗じた額 (A)	<b>15,000円</b>
	購入日	<b>令和 〇〇 年 〇 月 〇 日</b>
3 交付申請(請求)額 ※20,000円又は (A) のいずれか低い方	<b>記入しません 円</b>	
4 添付書類 (添付した書類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが証明できる書類	

※裏面も御記入ください。

5 振込先（申請者と補助対象がん患者が異なる場合は、申請者の口座情報を御記入ください。）

金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・組合	〇〇 本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別 ※該当するものに○印	① 普通	2.当座
口座番号	0123456	
(フリカゝナ)	ミハマ タロウ	
口座名義	美浜 太郎	

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は、表紙の裏側）の写しを貼付してください。

(注) 申請した後、振込先口座に変更（解約）があった場合は、速やかに次の連絡先まで御連絡ください。  
連絡先：美浜町役場 （電話 ）