

美浜町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印
(対象者との続柄) _____
電話番号 () _____

美浜町がん患者アピア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ア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ア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	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
2 補助対象経費	区 分	(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。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ※該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	※購入費用に1/2 を乗じた額 (A)	円
	購 入 日	年 月 日
3 交付申請(請求)額 ※20,000円又は (A) のいずれか低い方	円	
4 添 付 書 類 (添付した書類に☑をつけてください)	☐ 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 ☐ 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	銀行・金庫 農協・組合	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		
(フ リ カ ˆ ナ)		
口 座 名 義		

○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 ）