愛荘町アピアランスケア用品購入費用助成申請書兼請求書

TT -	H- m	_ =
がは、	本田	
~~	ᄔ	צעו

申請者	住 所 愛荘町
	氏 名
	助成対象者との続柄
	電話

愛荘町アピアランスケア用品購入費用助成要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、同条第2項の規定による交付決定を受けた場合は、当該交付決定の日を請求日とし、交付決定額を請求額として助成金を請求します。

助成対象者	(フリガナ)							-	•		
	氏	名			生年月日	年	F	1	日		
	住	所	□申請者と同じ								
	電話	番号	□申請者と								
がんの 治療状況	医療機関名			治療方法							
							汝射絲	Į [〕薬	剤	
				□その他()							
購入した 補整具	□ウイッグ等 □乳房補整具(右側) □乳房補整具(左側)										
助成金 申請金額	円 (1 万円または購入額のいずれか少ない方の額(1,000 円未満切捨て)										
□私は、他の制度による補整具の購入費用の助成を受けていません。 □私は、助成金の交付に関し、愛荘町が住民基本台帳等公簿を閲覧すること同意します。											
振込先 (申請者 の口座)				銀行						本店	
	金融機関名			信用金庫	支质					支店	
				農協	出張所			所			
	預金	種別	□01:普通	□02:当座	口座番号						
	(フリ	ガナ)				•	•			•	
	口座名	3義人									

添付書類

- □がん治療を受けたまたは治療中であることを証明する書類(診療明細書・治療計画書・お薬手帳等)の写し
- □購入した補整具の内容および購入日や購入金額が分かる書類(領収書等)の写し
- □振込口座が確認できる書類(通帳等)の写し