

愛莊町長

申請者 住 所 愛荘町
氏 名 _____
助成対象者との続柄 _____
電 話 _____

助成対象者	(フリガナ)		生年月日	年 月 日							
	氏 名										
	住 所	☐ 申請者と同じ									
	電話番号	☐ 申請者と同じ									
がんの 治療状況	医療機関名			治療方法							
				☐ 手 術 ☐ 放射線 ☐ 薬 剤 ☐ その他（ ）							
購入した 補整具	☐ ウィッグ等 ☐ 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)	金融機関名	銀行			本店						
		信用金庫									支店
	農協			出張所							
	預金種別	☐ 01:普通 ☐ 02:当座								口座番号	
	(フリガナ)										
	口座名義人										

☐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