

年 月 日

大淀町アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

大 淀 町 長 殿

申請者 住 所
 （助成対象者）氏 名
 電話番号

大淀町アピアランスケア支援事業助成金の交付について、大淀町アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

申請内容

補助対象経費の額 （購入金額）		金 円	
交付申請額（請求額）		金 円	
購入した補整具		購入日	年 月 日
		購入品名	①医療用ウィッグ ※がん治療に伴う脱毛に対応するために着用する医療用ウィッグ （全頭用・ウィッグ装着のためのネットを含む） ②乳房補整具（両方・右・左） ※手術による乳房の形の変化に対応するための補整パットまたは人工乳房及びこれらを固定する下着
金融機関 振込先	金融機関名	銀行・信金・農協・信組 支店	
	口座番号	普通・当座	
	（フリガナ） 口座名義		
誓約事項		<input type="checkbox"/> 申請する補整具は、助成対象者ががんの治療に伴うアピアランスケアに使用するものです。 <input type="checkbox"/> 助成対象者を含む世帯は、町税を滞納していません。 <input type="checkbox"/> 申請する補整具に対して、他の自治体等から本事業と同様の助成等を受けていません。	
添付書類		(1)アピアランスケアに使用する補整具の購入を確認できる領収書等 (2)助成対象者の本人確認ができる書類（運転免許証の写し等） (3)がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(写し可)	

※請求者と振込口座名義人が違う場合は裏面の委任状を記入すること