

熊取町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

申請先

熊取町長

申請者(助成対象者)

郵便番号 千

住所 熊取町

氏名

印

電話番号

熊取町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請するにあたり、熊取町が私及び私の世帯の町税、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料及び介護保険料の滞納の有無や、住民基本台帳に関する情報など、助成金交付に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。(別紙1)

記

助成対象者 (申請者)	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	熊取町			
他からの助成の有無		<input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし			
助成対象 費用等	区分	①ウィッグ等		②乳房補正具	
	補正具の種類				
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用 <small>ケア用品や購入のための送料や交通費は助成の対象外</small>	円		円	
	補助対象額	上限20,000円		上限20,000円(人工乳房・人工乳頭) 上限10,000円(補整下着)	
交付申請・請求額		円			
振込先	金融機関名			銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ)	-----			
	口座名義	-----			
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。 (申請者) (申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも署名してください。)				

添付資料

□がん治療を現に受けている又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類(医師の診断書、治療方針計画書や説明書など) ウィッグの場合は抗がん剤使用等の治療がわかるもの、乳房補正具の場合は外科的手術による乳房摘出術と部位を証明するもの

□領収書(申請者名または助成者名、購入日、品目、購入金額、領収書発行日がわかるもの) ケア用品や購入のための送料や交通費は助成の対象外

□申請者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し