様式第１号

年　　月　　日

越前町長　様

申請者　　住所

氏名　　印

（助成対象者との続柄）

電話番号

がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

越前町がん患者アピアランスサポート事業について、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、助成金を交付されるよう請求します。なお、本申請に係る必要事項の確認のため、医療機関・購入先に対して、治療内容・購入内容の確認や越前町住民基本台帳の情報について、越前町が確認することに同意します。

記

| | | |
|---|---|---|
| １　助成対象者 | 氏　　名 | |
| | 住　　所 | 〒 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| ２ 助成対象経費 | 区　　分 | １．頭髪補整具（ウィッグやウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。）<br>２．補整下着等の胸部補整具<br>３．その他<br>※該当区分に〇をすること。 |
| | 購入費用 | 円 |
| | 助成基準額 | 円　※購入費用に1/2を乗じた額 |
| | 購 入 日 | 年　　月　　日 |
| ３ 交付申請(請求)額 | 円　※20,000円または助成基準額の低い方 | |
| ４　添 付 書 類<br>（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<br>☐ 診療明細書などがん治療を受療していることが証明できる書類<br>☐ 納税状況の確認に関する同意書または全税目に関する納税証明書 | |

※裏面もご記入ください

５　振込先（申請者と助成対象がん患者が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください）

| | | |
|---|---|---|
| 金融機関名 | 銀行・金庫<br>農協・組合 | 本店・支店・本所<br>支所・出張所 |
| 口座種別 | １．普通　　２．当座　　※該当するものに〇印をつけてください | |
| 口座番号 | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |
| 口座名義 | | |

〇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。

| | |
|---|---|
| ※職員確認欄 | □ 他市町等で同種の助成を受けていないこと<br>□ 過去の助成金受領歴（□なし　□あり　　年度受領）<br>□ 滞納状況（□滞納なし　□滞納あり　□徴収猶予あり）<br>受付印 |