

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。） 2. 補整下着等の胸部補整具 3. その他 ※該当区分に○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 ※10,000円または助成基準額の低い方	
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などががん治療を受療していることが証明できる書類 <input type="checkbox"/> 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 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別	1. 普通 2. 当座	※該当するものに○印をつけてください
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

○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	<input type="checkbox"/> 他市町等で同種の助成を受けていないこと <input type="checkbox"/> 過去の助成金受領歴 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 年度受領) <input type="checkbox"/> 滞納状況 (<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり <input type="checkbox"/> 徴収猶予あり)
	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">受付印</p> </div>

第 号
年 月 日

様

越前町長

越前町がん患者アピランスサポート事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった助成金について承認し、次のとおり決定したので、越前町がん患者アピランスサポート事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり通知します。

記

助成金額 金 円

第 号
年 月 日

様

越前町長

越前町がん患者アピアランスサポート事業助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました越前町がん患者アピアランスサポート事業実施要綱第6条の規定により、審査の結果、以下の理由により不交付としましたので通知します。

記

不交付とした理由

納税状況の確認に関する同意書

私は、がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付を越前町に申請するに当たり、越前町税務課が、越前町健康保険課に対し、私の越前町への納税状況に関する情報を提供することに同意します。

年 月 日

住所

ふりがな
氏名

越前町長 様

*** 納税状況の確認に関する事項**

本同意書に基づき提供された納税状況は、越前町がん患者アピアランスサポート事業の助成金交付事務以外には使用いたしません。

※越前町税務課担当者記入欄

上記の者の 年 月 日現在の納税状況については以下のとおりです。

全税目において、

滞納なし

滞納あり

徴収猶予あり

受付印欄