

高浜町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

(対象者との続柄) _____

電話番号 () _____

高浜町アピランスサポート事業助成金支給申請書兼請求書

アピランスサポート事業助成金の支給を受けたいので、高浜町アピランスサポート事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請し、助成金を支給されるよう請求します。

対 象 者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年	月	日
購 入 区 分	ウィッグ	胸部補整具	人工乳房	
購 入 日 〔複数購入は最も古い 購入日を記載〕	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
購入合計金額 (税込み)	円	円	円	
購入合計金額 × 1/2 (端数切捨て)	ア 円	ウ 円	オ 円	
助成上限額	イ 50,000円	エ 10,000円	カ 50,000円	
助成対象額	【ア又はイのいずれか低い額】	【ウ又はエのいずれか低い額】	【オ又はカのいずれか低い額】	
	① 円	② 円	③ 円	
申請（請求）額	円（※①と②と③の合計額（1,000円未満切り捨て）を記入してください）			
振込先口座 〔申請者の口座情報 をご記入ください〕	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店・本所 支所・出張所	
	普通・当座	口座番号		
	口座名義	フリガナ		

裏面もご確認ください

添付書類についてご確認ください。

<p>添 付 書 類</p> <p>☑をつけて添付も れないかご確認 ください</p>	<p><input type="checkbox"/> がん治療に伴う脱毛、外科的治療による乳房若しくは乳頭の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることを確認できる書類（がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等。写しも可とする。）</p> <p><input type="checkbox"/> 助成対象補整具の購入に係る購入金額及び購入した助成対象補装具が確認できる書類（申請者の氏名、購入日、品目、個数、金額、購入先の名称及び住所の記載がある領収書。商品カタログ、購入品の写真、見積書等。写しも可とする。）</p> <p><input type="checkbox"/> 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等、口座番号等が確認できるものの写し</p>
---	---

同 意 書

○この申請内容を確認するために、町が保有する個人情報調査、照会し、又は閲覧することについて同意します。

○この申請内容が福井県がん患者アピアランスサポート事業補助金に関する申請に利用されることに同意します。

申請者氏名 _____