

中之条町がん患者のウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

中之条町長 様

申請者	フリガナ		電話番号(日中連絡のつく番号)	
	氏名			
	住所	〒 中之条町大字		生年月日 年 月 日

がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、町が次の照会をすることに同意します。

- ・住民基本台帳の照会
- ・町税等納入状況の照会
- ・医療機関に対する治療内容の照会
- ・補整具の購入先に対する購入内容の照会

記

対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所	〒 中之条町大字		生年月日 年 月 日
がん治療等の状況	疾病名			
	医療機関名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
購入した補整具	種類			
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円	円	
他からの補助の有無	有 ・ 無			
補助金交付申請額	上限20,000円 または 上限に満たない場合は実費額			
	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療などを受けていることが分かる書類(診断書、治療計画書など)の写し			
	<input type="checkbox"/> 補整具購入時の領収書の原本 (あて名、購入日、補整具名、購入額、領収書発行元等がわかるもの)			
	<input type="checkbox"/> 本人が確認できるもの(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証などの写し)			
	<input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類の写し			
	<input type="checkbox"/> 請求書(様式第2号)			
<input type="checkbox"/> (代理人が申請する場合)委任状(様式第3号)及び代理人の本人確認できるもの				
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			

〈備考〉対象者が未成年の場合は親権者による申請ができます。この場合は対象者又は親権者名義の口座を振込先としてください。

※町使用欄	納付状況(滞納の有無)	有・無	印	住民登録	印
-------	-------------	-----	---	------	---