

年 月 日

益城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

益城町長 様

申請者

住 所

氏 名

連絡先

(助成対象者が未成年の場合は、その法定代理人)

益城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、益城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

申請金額 円

助成対象者 氏 名			生年月日	年 月 日	
住 所					
購入金額	円		購入年月日	年 月 日	
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本 店 支店・支所	
	口座番号	普通・当座			
	ゆうちょ銀行		—		
	フリガナ 口座名義				

【添付書類】

- (1) がんの治療を受けたこと又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛若しくは外科的治療等による乳房の変形を証明できる書類
- (2) 補整具の購入に係る領収書及び明細書
- (3) 本人を確認する書類（代理申請の場合は、代理人本人を確認する書類）
- (4) 委任状（代理申請の場合）
- (5) その他町長が必要と認める書類

(裏面へ)

次の同意事項の内容を確認し、□にチェックをしてください。

なお、代理人が申請される場合は、助成対象者に同意の確認を行ったうえでチェックしてください。

同意事項

☐	申請に当たり、益城町が住所等の確認のために住民記録の閲覧や、他制度の利用状況、医療機関等への照会を行うことに同意します。
☐	申請に当たり、町税等の滞納の有無を調査されることに同意します。

税務課債権管理係使用欄		
助成対象者	確認事項	確認者印
	滞納なし 滞納あり 分納誓約中 課税なし	(/ 現在)