

別 記

第 1 号様式 (第 5 条関係)

大多喜町がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

大多喜町長

様

申請者 住 所 大多喜町  
氏 名  
電話番号

大多喜町がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金の交付を受けたいので、大多喜町がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

対 象 者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住 所 〒 -	電話番号		
※助成対象者が未成年であって、保護者が申請する場合は、 右に助成対象者の氏名・生年月日を記載してください。		フリガナ 氏 名		
		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
が ん の 治 療 方 法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
対 象 と な る 用 具	ウ ィ ッ グ 等	購入日・レンタル期間		領収書の金額(税込)
		<input type="checkbox"/> 購入日 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> レンタル期間 年 月 日～ 年 月 日			
	胸 部 補 整 具 等	購入日・レンタルの期間		領収書の金額(税込)
<input type="checkbox"/> 購入日 年 月 日				
<input type="checkbox"/> レンタル期間 年 月 日～ 年 月 日				
助 成 金 申 請 額	円		※ 各用具上限 5 万円	
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信金・農協 本店(所)・支店(所)		
	口 座 種 別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	※申請者の口座に限ります。		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し (診療明細書など) <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )			
個人情報の確認に 対 する 同 意	<input type="checkbox"/> 本申請の審査に必要な範囲で町職員が上記等に係る個人情報の確認を行うことに 同意します。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			