

年度川棚町がん患者外見ケアサポート事業費補助金交付申請書兼請求書

川棚町長 様

申請者 住所
氏名
(電話)

代理人 住所
氏名
(申請者との続柄) (電話)

川棚町がん患者外見ケアサポート事業費補助金の交付を受けたいので、川棚町がん患者外見ケアサポート事業費補助金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するにあたり、川棚町長が申請者の町税等の滞納の有無に関する情報など、補助金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

記

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
交付申請・請求金額		円		
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			

次のいずれにも該当する場合にのみ、補助金の交付の対象となりますので、確認の上、□にチェックをお願いします。

- がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていた。
- 過去 1 年以上引き続き川棚町内に住所を有している。
- 町税等の滞納がない。
- 過去にこの補助金の交付を受けていない。

※添付書類

- (1) がん治療受診証明書 (様式第 2 号)
- (2) 補整具の購入に係る領収書の写し
- (3) その他 ()

※交付申請・請求金額は、別表により算出した金額を記入してください。
様式第1号（別表）

(1)ウイッグ	全頭用かつら又は毛付帽子の購入費	円	購入日	年 月 日
	保護用ネットの購入費	円	購入日	年 月 日
	合 計	円	基準額	20,000円
	補助金申請・請求額 (合計額と基準額の少ない方の金額)			申請額①
(2)補整下着	補整用下着の購入費	円	購入日	年 月 日
	補整用パッドの購入費	円	購入日	年 月 日
	合 計	円	基準額	20,000円
	補助金申請・請求額 (合計額と基準額の少ない方の金額)			申請額②
(3)人工乳房	人工乳房(1台目)の購入費	円	購入日	年 月 日
	人工乳房(2台目)の購入費	円	購入日	年 月 日
	合 計	円	基準額	100,000円 (200,000円)
	補助金申請・請求額 (合計額と基準額の少ない方の金額)			申請額③

※人工乳房は、左右分各1回まで申請することができます。同一の治療により、2台購入される場合の基準額は、20万円となります。

(注) 同一の治療において、ウイッグ＋補整下着又はウイッグ＋人工乳房の申請は可能ですが、補整下着＋人工乳房の申請はできません。様式第1号の「交付申請・請求金額」の欄には、「申請額①と申請額②の合計金額」又は「申請額①と申請額③の合計金額」をご記入ください。