

永平寺町長 様

申請者（本人）住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 （補助対象者との続柄） \_\_\_\_\_  
 電話番号 （ ） \_\_\_\_\_

## 永平寺町がん患者補整具等購入支援事業補助金交付申請書兼実績報告書及び請求書

永平寺町がん患者補整具等購入支援事業について、補助金の交付を受けたいので、がん患者補整具等購入支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

## 記

1 補助対象がん患者	氏 名		
	住 所		
	生年月日		
2 補助対象経費	区 分 ※該当区分に ○をすること	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用の ネット及び帽子を含む） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他	
	購入費用	円	
	補助基準額 ※購入費用に 1/2 を乗じた額 (小数点以下切り捨て)	円	
	購入日	年 月 日	
3 交付申請（請求）額	本年度既交付額	今回限度額	交付申請（請求）額  円
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけ てください)	<input type="checkbox"/> 領収書（原本） 購入者、購入日、品目、金額、購入先の店名および住所記載のもの <input type="checkbox"/> 診断書、治療方針計画書等がん治療を受療している事が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 口座情報が確認できる部分（通常は通帳表紙の裏面）の写し		

※対象者が未成年の場合は、申請者欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

※裏面もご記入ください。

6 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
口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通	2. 当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

(注) 申請した後、振込口座に変更（解約）があった場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：永平寺町保健センター（TEL0776-61-0111）

永平寺町 確認欄	(受付者名)
(受付日)	(担当者名)