

様式第 1 号 (第 6 条関係)

幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者 住所
氏名 (自署)
補助対象者との続柄
電話番号

幸田町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を申請します。なお、補助金の交付の事務に当たり、幸田町長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

1 補助対象者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

2 がんの治療状況

医療機関名	
疾患名	
治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()

3 補助対象経費

補整具の種類	頭部補整具	胸部補整具
補整具の購入について他で助成を受けたことがあるか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)
補助対象額※	③ 円	④ 円
補助金の交付申請額 (③と④の合計額)	円	

※ ①と②の額の 1, 000円未満を切り捨て、それぞれの上限を各 2 万円とする。