

(記入例)

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

記入不要
です

年 月 日

(宛先) 幸田町長

住所・氏名等、ご記入ください。

申請者 住所 幸田町大字菱池字錦田 84 番地
氏名 (自署) 幸田 花子
補助対象者との続柄 本人
電話番号 0564-62-1111

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	こうた はなこ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	幸田 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
住所	〒444-0192 幸田町大字菱池字錦田 84 番地			
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			

2 がんの治療状況

医療機関名	〇〇市民病院			
疾患名	乳がん			
治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術	<input checked="" type="checkbox"/> 放射線	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> その他 ()

3 申請内容

補整具の種類	頭部補整具			
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 checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			「ない」を選択してください。 「ある」は補助対象外となります。
補助対象経費	① 55,000 円(税込)			領収書のうち補助対象の経費の金額を記入してください。
交付申請額※	④	円	⑤	円
交付申請合計額 (④+⑤+⑥)				円

※ ①、②又は③の額の8分の1(11,000円未満切捨て)とし、それぞれの上限を各2万円とする。

記入不要です