

年 月 日

嘉島町長 様

申請者 住所

氏名 (被接種者との関係)

電話番号

嘉島町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

嘉島町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり助成金を交付申請（請求）します。

なお、申請にあたり、嘉島町が必要に応じて住民基本台帳の閲覧や関係機関への照会を行うことに同意します。

助成金交付申請（請求）額 円

対象者	氏 名	☐ 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同じ 嘉島町			
購入した用具	区分	購入年月日 複数購入した場合は、最初に購入した日	購入額 消費税及び地方消費税を含む	交付申請額 購入額×1/2 と 20,000 円の少ない方	
	ウィッグ等	年 月 日	円	円 (千円未満切捨)	
	乳房補正具等	年 月 日	円	円 (千円未満切捨)	
過去の受給の有無 有の場合は、区分に○をつけ、時期を記入		有 ・ 無 助成を受けた区分（ウィッグ等 ・ 乳房補正具等） 助成を受けた時期（ 年 月）			
確認事項 該当する場合は☑を記入		☐ 町税等の滞納がない			
振込先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

関係書類

- (1) 対象者及び代理人の本人確認書類
- (2) 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
- (3) 用具の購入に係る領収書及びその明細書

《役場確認》

- ☐対象者の本人確認
- ☐代理申請者の本人確認
- 窓口対応者（ ）