様式第1号（第４条関係）

　　年　　　月　　　日

愛南町長　様

申請者　　　住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

愛南町がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

　標記、助成金の交付を受けたいので、愛南町がん患者補整具購入費助成金交付要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。また助成金の交付決定に際し、住民基本台帳および関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用者 | ※申請者と異なる場合のみ記入住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 購入した補整具等 | 種類 | 　□　ウィッグ　□　乳房補整具（ 右・左 ）　□　その他 |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 購入金額(税込) | 　　　　　　　　円 |
| 申請（請求）額（上限30,000円） | 円 　 購入金額の３分の２または30,000円のいずれか少ない額 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　支所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)口座名義人 |  |
|  |

添付書類

（1）がん治療をうけていることを証明する書類の写し

（2）補整具を購入した日付及び金額の明細がわかる書類の原本

（3）別紙３　税等の滞納が無い旨の申告書