

様式第1号 (第5条関係)

和木町がん患者補正具購入費補助金交付申請書

年 月 日

和木町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

和木町がん患者補正具購入費補助金交付要綱第5条第1項の規定に基づき補助を受けたいので、補助対象者の住民基本台帳の記録について、照会、確認することに同意し、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

補助対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		電話番号		
がんの治療状況	医療機関名		治療方法		
			手術・放射線・薬剤・その他 ( )		
補正具の種類	1. 乳房補正具 (右・左)                      2. 頭髪補正具 3. その他の補正具 ( )				
購入金額	円	購入年月日	年 月 日		
他の補助金受領の有無	1. 無                      2. 有				
振込先	金融機関	種別	普通 ・ 当座	口座番号	本店 支店 出張所
		店名		店番	
	郵便局	種別	普通 ・ 当座	口座番号	
		口座名義	(カケ)		

※添付書類 (1) 補正具の購入に係る領収書の写し (2) がん治療を証明する書類  
 (3) 他の助成の金額がわかる書類