

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 _____
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. 頭髮補正具 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	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
		種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	郵便局	店名		店番	
		種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	(カカナ)				

※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