

中泊町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

中泊町長 様 年 月 日

申請者
住所
氏名

中泊町アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて以下の通り助成金を申請します。

1. 申請内容

対象者	フリガナ		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	〒 電話番号 — —		
購入した補整具 ※該当するものを○で囲む	種類	購入年月日	補整具購入経費 (税込)	
	1 頭部補整具	年 月 日	ア 円	
	2 胸部補整具(右・左)			
申請金額の算定	補整具購入経費 (税込)	アの2分の1の額 ※100円未満切捨て	助成金額上限額3万円 又はイのいずれか低い額	
	ア 円	イ 円	ウ 円	
	助成金交付申請額		円	

2. 振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

※本人名義の振込先を記入してください。

- 添付書類
- ☐ がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書等）又はその写し
 - ☐ 補整具を購入したことを証明する書類（領収書等の原本）
 - ☐ 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し