

別 記

第 1 号様式（第 5 条関係）

酒々井町アピアランスケア助成事業申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

申請者 住所 酒々井町 _____

氏名 _____

助成対象者との続柄 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

酒々井町アピアランスケア助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1. 助成対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	酒々井町	電話番号	

2. 治療等の状況

病名等		発症年月日(初診日等)	年 月 日
受診医療機関		診療科	科
治療方法	手術・化学療法・その他 ()		

3. 購入補整具

種 類	購入年月日	購入金額
ウィッグ	年 月 日	円
乳房補整具	年 月 日	円
エピテーゼ	年 月 日	円

4. 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		ゆうちょ店番				支店・出張所		
	普通・当座	口座番号							
フリガナ 口座名義									

- 助成を受けようとする対象物の購入について、他の補助金等の交付を申請し、又は受けていません。
- 助成の要件を満たしていることを町が公簿等により確認することについて同意します。
- 氏名 _____ (署名又は記名押印)

※添付書類

- (1) 住民票の写し (2) 治療方針計画書等 (3) 納税証明書 (4) 助成対象物の領収書
(5) 振込先口座の分かる書類