様式第１号（第４条関係）

川越町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

川越町長　様

　　申請者

住所

電話番号

川越町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第４条の規定により、下記のとおり

関係書類を添えて申請するとともに、助成金を交付されるよう請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 |  | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　 月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住 　　所 | □申請者と同じ　三重県三重郡川越町 | | | | | | | | | | | | |
| 確認事項 | | □　過去に町又は他の自治体が行う同種の助成金等の交付を受けていない。 | | | | | | | | | | | | |
| 補正具等の種類 | | □　ウィッグ又は装着に必要な頭皮保護用ネット  □　乳房補正下着、補正パッド又は人工乳房  □　乳がん用バスタイムカバー  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 購入年月日  （領収書の日付） | | 年　 　月 　　日 | | | | | | | | 年　 　月 　　日 | | | | |
| 年　 　月　 　日 | | | | | | | | 年　 　月 　　日 | | | | |
| 助成申請額 | | 円（税込） | | | | | | | | | | | | |
| 助成金額 | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 助　成　金　の　振　込　先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | 支店名 | 分類 | 口座番号 | | | | | | | | 口座名義 |
| 銀行  金庫  信組  農協  漁協 | | | | 本　店  支　店  支　所  出張所 | 普通  当座 |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 右詰で記入してください。 | | | | | | | | カナ又はアルファベット（通帳の表記）で記入してください。 |
| ゆうちょ銀行 | | | | 店 | 記号  番号 | | | | | | | | |  |

添付書類　ア．診療明細書の写し等、がん治療を受けた又は現に受けていることを証する書類

イ．領収書の写し等、補正具等を購入したことがわかる書類