

年 月 日

若狭町長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
補助対象者との続柄
電話又はメールアドレス

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書及び請求書

がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、若狭町がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付するよう請求する。

1 補助対象がん患者	住所 氏名 生年月日
2 補助対象経費	区分（該当する番号に○を記載） 1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用ネット及び帽子を含む。） 2) 補整下着等の胸部補整具 3) その他町が認める補整具 購入日 年 月 日 購入費用 円
3 交付申請（請求）額	円 （購入費用に2分の1を乗じた額 上限2万円）
4 添付書類	1) 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し等、購入者及び購入した金額が証明できる書類 2) 診療明細書等がん治療を受療したこと又はしていることが証明できる書類 3) 納税状況の確認に関する同意書（様式第2号）又は若狭町が発行する全税目に関する納税証明書 4) 本人及び住所確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等の氏名、住所及び生年月日が確認できるもの） 5) 金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義人氏名が記載されている振込先金融機関通帳のページの写し又はキャッシュカード等の写し 6) その他町長が必要と認める書類
5 振込先	（申請者とがん患者が異なる場合は、申請者の口座情報を記入） 金融機関名 支店名 口座種別 口座番号 口座名義（フリガナ）