

様式第1号(第6条関係)

茨城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

茨城町長 様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

茨城町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定のために、茨城町が保有する私に関する情報を確認すること、医療機関等に治療内容を照会すること、購入先に購入内容を照会すること及び茨城県に補助金の交付内容を照会することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒311— 茨城町	電話番号	
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法 手術・放射線・薬剤 その他( )	
がん治療 証明書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他( )※いずれかを○で囲んでください。			
助成 対象 経費	区分	①ウィッグ(装具用ネット含む)		②乳房補正具
	購入日	年 月 日		年 月 日
	購入額(A)	円(税込)		円(税込)
	茨城県補助額(B)	円		円
	A-B(C)	円		円
	(C)に2分の1を乗じて得た額(D) ※1,000円未満切捨て	円		円
	助成上限額(E)	20,000円		20,000円
	申請額 D、E少ない方の額	F	円	G 円
合計申請額(F+G)			円	

振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協				本店・支店(支所)			
口座種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

町処理欄	住民となった日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 戸籍	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳
受付日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	確認者