

様式第1号（第3条関係）

西会津町がん対策サポート事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

西会津町長 様

申請者 住 所
氏 名

印

西会津町がん対策サポート事業補助金交付要綱第3条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額円

| | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------|-----------------------|
| 1 補助対象者 | ふりがな | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 以前この補助金の交付を受けたか。 | 【ウィッグ】 有 ・ 無 | 【乳房補整具(左・右)] 有 ・ 無 |
| 2 補助対象経費 (いずれか、又は両方の種類に記入) | 種 類 (○で囲む) | 1 ウィッグ | 2 乳房補整具(左・右) |
| | 購入費用 (税込み) | 円 | 円 |
| | 購 入 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 3 交付申請額 (上限未満の場合は、 実額を記入) | ウィッグ(上限2万円) 円 | 乳房補整具(上限1万円) 円 | 計 円 |
| 4 補整具が必要な理由 (○で囲む。) | 1 就労のため 2 社会参加するため 3 その他 () | | |
| 5 添付書類 (添付書類の項目に ☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> 診断書の写し、治療計画説明書の写し等、がん治療を受けたことが確認できるもの <input type="checkbox"/> 補整具を購入したことが確認できる領収証の写し | | |

補助金の振込先

| | | |
|-------|--------------------------------|------|
| 金融機関名 | 銀行・信用組合 信用金庫・労働金庫 農業協同組合 | 支店 |
| 口座の種類 | 1 普通 | 2 当座 |
| 口座番号 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義人 | | |

添付書類

確認欄

- 福島県アピアランスケア助成事業費補助金交付申請書はありますか。
- がん治療を受けたことが確認できるものを添付しましたか。
- 領収証の写しを添付しましたか。
- 領収証には申請者の氏名が記載されていますか。
- 領収証には補助対象の補整具名が記載されていますか。
- 補助金振込先の口座番号等が確認できる通帳の写しを添付しましたか。

(領収書添付箇所)