

様式第 1 号（第 5 条関係）

豊根村がん患者アピアランスケア支援助成金申請書兼請求書

年 月 日

豊根村長 様

（申請者）住 所 豊根村 _____

氏 名（自署） _____

電話番号 _____

豊根村がん患者アピアランスケア支援助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容の審査において豊根村が確認のため住民記録閲覧及び必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

助成対象者 □申請者に同じ場合は 生年月日のみの記載 で可		住 所	豊根村		
		氏 名			
		生 年 月 日	年 月 日（ 歳）		
助成対象経費		用具	購入金額	購入日	区 分
		医療用ウィッグ	円	年 月 日	医療用ウィッグ 等
		装着用ネット	円	年 月 日	
		毛付き帽子	円	年 月 日	
		補整パッド	円	年 月 日	補整具等
		補整下着	円	年 月 日	
		専用入浴着	円	年 月 日	
		弾性着衣	円	年 月 日	
		補整用人工物	円	年 月 日	
交 付 申 請 額		医療用ウィッグ等		補整具等	
		20,000 円 又は 助成対象経費の合計の 1/2 (1,000円未満切捨て) のいずれか低い額 円		20,000円又は助成対象経費の合計の1/2 (1,000 円未満切捨て) のいずれか低い額 円	
振込先	金融機関名				本店 支店
	口座種別 ※該当するものに○印	普通 ・ 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義				