

別記様式第1号（第6条関係）

板倉町がん治療者医療用補整具等購入費助成金交付申請書

年 月 日

板倉町長 様

申請者住 所

氏 名
電 話

板倉町がん治療者医療用補整具等購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

【同意事項】 本助成金の申請に必要な事項として、住民基本台帳の閲覧及び町税の納入状況を確認することに同意します（にチェック）。

1 対象者

氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は✓
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は✓

2 助成対象経費

区 分	購入金額	購入日	備考
ウィッグ等	円	年 月 日	
胸部補整具等	円	年 月 日	
エビテーゼ等	円	年 月 日	

3 交付申請額（購入費用合計額の1/2（100円未満切り捨て）又は上限額のいずれか少ない額）

_____ 円

4 添付書類（添付した書類に✓をつけてください）

<input type="checkbox"/> 対象者の本人確認ができる書類 ※運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、在留カード等の中から1点 又は健康保険証、年金手帳、医療受給者証、学生証等の中から2点 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書又は手術・化学療法の同意書等、がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書（購入日、品目、個数及び金額が分かるもの。写しは不可） <input type="checkbox"/> （代理人が申請する場合）委任状（別記様式第2号）及び代理人の本人確認書類

※町確認

納税状況	滞納： 有 ・ 無	居住期間	1年以上・未満
------	-----------	------	---------

確認印

別記様式第4号（第8条関係）

板倉町がん治療者医療用補整具等購入費助成金請求書

板倉町長 様

申請者住 所

氏 名

電 話

板倉町がん治療者医療用補整具等購入費助成金交付要綱第8条の規定により、助成金を申請します。

1 請求額 金 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合							
	本店・支店・出張所 支所・店番				預金 種別	普通・当座		
	口座番号（右づめで記入）							
口座名義人	(フリガナ)							
	氏 名							

（添付書類）振込先金融機関口座確認書類の写しを添付（以下のいずれか1点）

- ・通帳表紙裏の見開き（口座番号が書かれた部分）
- ・キャッシュカード
- ・ネット銀行WEBサイトのお客様情報照会の画面印刷