

添田町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

添田町長 様

(申請者)
(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

添田町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。

1 助成対象者	氏 名			
	住 所	添田町		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)		
2 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	
	エピテーゼ	_____ 円	_____ 年 月 日	
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額 _____ 円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額 _____ 円	
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに 国又は他地方公共団体の助成を受けていない			
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し			
6 振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合	本店 支店	
	口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通 2.当座		
	口座番号			
	(フリガナ)			
	口座名義			
本推進事業の利用決定に当たり、町が関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 (同意する場合☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 助成対象者及び助成対象者と世帯を同一する者の町民税所得割課税額及び町税等の滞納状況 助成対象者氏名				