年 月 日

上峰町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 助成対象者との続柄（ 本人 ・ 扶養者 ）
 電話番号 _____ ()

上峰町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

上峰町がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、上峰町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、上峰町が私の町税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

記

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
助成対象経費		円	購入日	令和 年 月 日
交付申請・請求金額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	-----		

次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、□にチェックをお願いします。

- がんに係る医療を現に受けている、又は過去に受けていた。
- 上峰町に住所を有する。
- 上峰町税等の滞納がない。
- 当該年度において、他市町から同種の助成等を受けていない。

※添付書類

- (1) がんと診断されたこと分かる書類
- (2) 医療用補正具等の購入に係る領収書の写し