

風間浦村アピランスケア用品購入費助成金交付申請書(兼請求書)

年 月 日

風間浦村長 殿

申請者 住 所 風間浦村大字

氏 名 続柄 ()

電 話 番 号

注) 助成対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります

風間浦村アピランスケア用品購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

対 象 者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名	□申請者と同じ		年 月 日 (歳)	
	住 所	風間浦村大字		□申請者と同じ	
助 成 対 象 経 費	補整具の種類	頭部補整具		胸部補整具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	購 入 費 用	①	円(税込)	②	円(税込)
	助成対象額	③(①の1/2又は30,000円のいずれか少ない額 ※100円未満切捨)		④(②の1/2又は30,000円のいずれか少ない額 ※100円未満切捨)	
助成金請求金額 (③と④の合計額)				円	
(申 請 者 の 名 義 先)	金融機関名	銀行・金庫 組合・漁協		本店・支店 本所・支所	
	種 別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

(添付書類)

- 1、がん治療を現に受けていること又は過去に受けたことが分かる書類（診断書、治療方針計画書、がん治療に関する説明書等）の写し。いずれもない場合は、がん治療受診証明書（様式第2号）
- 2、対象用品の購入に係る領収書及び明細書等の写し
- 3、振込先金融機関の通帳の写し

(確認事項)

- 風間浦村アピランスケア用品購入費助成金の交付対象者であることの確認のため、私の住民基本台帳に記録された事項について風間浦村が閲覧し、又は関係機関に照会することに同意します。