

様式第1号（第6条関係）

(表)

寄居町アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

年　月　日

(宛先)

寄居町長

下記により寄居町アピアランスケア用品購入費補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、補助金の支給を受けるために、住民登録状況、納税状況等について、関係部署により確認及び調査することに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	年　月　日 (　)歳
	氏名	印			
	現住所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 - - *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（対象者が未成年の場合）				
	フリガナ			生年月日	年　月　日 (　)歳
	氏名				
	現住所	〒			
補助金申請額	種類	購入金額	購入年月日		申請回数
	ウイッグ	円	年　月　日		1回目・2回目
	乳房補整具	円	年　月　日		1回目・2回目
	合計	円			
振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの治療を証明する書類及び治療に伴う脱毛または乳房の変形が生じたことを証明する書類の写し (薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等)				
	<input type="checkbox"/> 住所を確認できる書類				
	<input type="checkbox"/> アピアランスケア用品購入領収書（原本が提出できない場合は領収書の写し）				
	<input type="checkbox"/> 補助金の振込を希望する金融機関口座が確認できる書類				
	<input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類				

(裏)

町記入欄

申請受理年月日	年 月 日		
要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 購入日 <input type="checkbox"/> 購入内容 <input type="checkbox"/> 補助履歴 <input type="checkbox"/> 振込先		
過去の 補助の履歴			
補助結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	補助対象額 円	支給決定額 円