様式第１号（第５条関係）

大河原町がん患者補正具購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

大河原町長　様

申 請 者

住　　所

氏　　名　　　　　　　㊞（続柄　　　　）

電話番号

大河原町がん患者補正具購入費助成金の交付を受けたいので、大河原町補助金等交付規則第３条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 対象者（児）氏名 |  |
| 住　　　　　　所 |  | | |
| 補正具の区分 | １　頭髪補正具　　２　乳房補正具（　右側・左側　） | | |
| 購入金額 | 円 | 購入日 | 年 　月 　日 |

振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金 融 機 関 名 | 銀行・信用金庫  農業協同組合 | | 店 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 預 金 種 別 |  |
| 口 座 名 義 人 |  | 口 座 番 号 |  |

添付書類

1. 補正具の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類
2. がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
3. その他町長が必要と認める書類

　私は、他の法令等により補正具に係る助成金等の交付を受けていないことを誓約します。

　また、私は、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び病院等に問い合わせることに同意します。

年　　　月　　　日　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞