

様式第1号（第5条関係）

がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

R4年7月1日

大河原町長様

申請（請求）者

住所 大河原町字新南19

氏名 大河原 花子 (印) (続柄 本人)

電話番号 0224-51-8623

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（請求）します。

フリガナ	オガハラ ハコ	生年月日	S20年10月20日
対象者（児）氏名	大河原 花子		
住所	大河原町字新南19		
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	52,000円	購入日	R4年6月23日

振込先（申請（請求）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	大河原支店	
フリガナ	オガハラ ハコ	預金種別	普通
口座名義人	大河原 花子	口座番号	0012345

添付書類

- 補正具の購入に係る領収書
- がん治療受診証明書（様式）の写し
- その他町長が必要と認める書類

対象者（申請者）本人名義の口座を記入してください。

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。

R4年7月1日 氏名（自署） 大河原 花子