

様式第 1 号（第 6 条関係）

小国町長 様

年 月 日

小国町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書

私は、小国町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第 6 条の規定により、小国町がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ							電話番号			
	氏名										
	住所	〒						対象者との続柄			
対象者	フリガナ							生 年 月 日			
	氏名							年 月 日			
	住所	〒						□申請者と同じ			
過去の受給の有無※		有 ・ 無 ※過去に購入助成を受けた事がある場合、「有」に○を付けてください。									
購入した用具	購入年月日		購入費（税込価格）				助成申請額				
	年 月 日		円				※20,000 円と購入費（左記）に 2 分の 1 を乗じた額との低い方の額。				
振 込 先	銀行 農協 金庫 その他（ ）						本店 支店 出張所				
	種別	口座番号						口座名義人（カタカナ）			
	普通・当座										
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 委任者（申請者）氏名 受任者 住所 氏名											

（添付書類）

1. がんの治療を受けたこと又は現に受けていること証明できる書類の写し
2. 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し