

檜原村長 宛て

（申請者）住所 檜原村 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

檜原村がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

檜原村がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、助成金の交付決定後は、その決定額を請求します。なお、助成金は下記の口座に振り込んでください。また、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録について、村職員が調査することについて同意します。

助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	生年月日			年 月 日（ 歳）
がんの治療 状況	医療機関名			
	治療開始時期			年 月から
	治療方法			<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
購入した 補整具	種別	ウィッグ等		胸部補整具
	購入年月日	年 月 日		年 月 日
	購入費	円		円
		合計（ア）		
助成申請金額 の算定	購入費合計（ア）	助成上限額（イ）	（ア）と（イ）の いずれか低い額（ウ）	助成申請金額（ウ）
	円	100,000円	円	円
確認事項	<input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、この要綱に基づく助成以外の助成の受給の有無 有 ・ 無			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けていた）ことを証明する書類 <input type="checkbox"/> 補整具を購入した日付及び金額のわかる書類 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 助成金の振込先口座が確認できる書類			

※該当するものに☑印をつけてください。

振込先 金融機関名	銀行 協同組合 信用金庫 信用組合			支店
振込口座	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号
口座名義（カタカナ）				
口座名義				

※振込口座は、助成対象者ご本人様のものとします。