

様式第1号

年 月 日

江北町長 山田 恭輔 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

補助対象者との続柄 _____

電話番号 _____

江北町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

江北町がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、江北町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、江北町が私の町税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

記

補助対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補助対象経費		円	購入日	令和 年 月 日
交付申請・請求金額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			

次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となります。確認の上、□にチェックをお願いします。

- がんと診断され、その治療を受けた者またはがん治療を受けている者またはがんの疑いがあると診断された
- 申請時点で江北町に住所を有する (確認日: _____)
- 町税等の滞納がない (確認日: _____)
- 当該年度において、他市町から同種の助成等を受けていない

(受理日)

※添付書類

- (1) がんと診断されたことわかる書類
- (2) 医療用補正具等の購入にかかる領収書の写し
- (3) 振込先の通帳の写し
- (4) 補助対象者と申請者及び振込先が異なる場合は委任状 (様式第3号)