

第 1 号様式（第 4 条関係）

年 月 日

大月町長 様

大月町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

大月町がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、大月町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。また、大月町事業等からの暴力団の排除に関する規則第 4 各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (助成対象者)		氏 名		
		住 所		
		生年月日	年 月 日	
		電話番号		
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ・乳房補整具		ウィッグ・乳房補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	購入費用	円 (税込)		円 (税込)
	購入費用合計	円		
	交付申請額 ※上限 2 万円	円		
添付書類		☐ 補整具の購入に係る領収書の原本（品名や金額の記載のあるものに限る） ☐ 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けたこと、又は治療中であることを証明する書類 ☐ 住所及び生年月日が確認できる書類 ☐ その他市長が必要と認める書類		