

様式第 1 号 (第5条関係)

太良町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

太良町長 様

申請者 住 所

氏 名

(助成対象者との続柄 )

電話番号 (平日昼間つながるところ)

( ) -

下記のとおり、がん患者アピアランスケア助成金の交付を申請します。なお、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

助成対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	
	住所	太良町			
助成対象経費	円	購入日	年	月	日
交付申請額	円				

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。

- 申請時点で太良町に住所を有する (確認日: \_\_\_\_\_)
- がんと診断され、その治療を受けた者又はがん治療を受けている者又はがんの疑いがあると診断された
- 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

※添付書類

- (1) がんと診断されたことのわかる書類
- (2) 医療用補正具等の購入にかかる領収書の写し

(受理日)