

川崎町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

川崎町長 宛

(申請者)
(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

川崎町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。

1 助成対象者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)		
2 助成対象経費	用具	購入金額	購入日	区分
	医療用ウィッグ	_____ 円	____年 月 日	医療用ウィッグ等
	装着用ネット	_____ 円	____年 月 日	
	毛付き帽子	_____ 円	____年 月 日	
	補整パッド	_____ 円	____年 月 日	補整具等
	補整下着	_____ 円	____年 月 日	
	専用入浴着	_____ 円	____年 月 日	
	弾性着衣	_____ 円	____年 月 日	
	エビテーゼ	_____ 円	____年 月 日	
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 _____ 円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 _____ 円	
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 申請内容の確認のため、町が住民基本台帳を確認することに同意します。			
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し			
6 振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合	本店 支店	
	口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通 2.当座		
	口座番号			
	(フリガナ)			
	口座名義			