

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

白石町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
助成対象者との続柄（ 本人 ・ 扶養者 ） _____
電話番号 _____（ ） _____

白石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兼請求書

白石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、白石町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 5 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、白石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

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
助成対象経費		円	購入日	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ので、確認の上、□にチェックをお願いします。

☐ がんに係る医療を現に受けている又は過去に受けていた

☐ 白石町に住所を有する

☐ 白石町税等の滞納がない

☐ 当該年度においてこの助成を受けていない

(受けている場合：助成額 円)

☐ 助成対象経費の中に附属品やケア用品代が含まれていない

- ※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
 - (3) 滞納のない証明