

様式第1号（第4条関係）

能登町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 能登町長

(申請者)

住所 能登町字 _____

氏名 _____

連絡先 _____

能登町アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、能登町アピアランスケア助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳について確認することに同意します。

助成対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ (保護用ネット含む)	乳房補整具 (右・左)	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用(A)	円 (税込)		円 (税込)
	助成限度額(B)	20,000 円		左右各 20,000 円
	(A)又は(B)のいずれか低い額	①	円	②
助成申請額 (①+②)		円		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義 (申請者と同じ)			
確認事項	<input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について国又は他の地方公共団体において同種の制度の助成を受けていない <input type="checkbox"/> 石川県内の他市町より補整具の助成を受けたことがある (内容: ウィッグ・乳房補整具(右・左) 助成を受けた市町名:)			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類 (治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳などの化学療法又は手術に関する説明書) <input type="checkbox"/> 補整具の領収書等、購入した日、金額及び商品がわかる書類			