別記様式（第５条関係）

中川村アピアランスケア補助金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

中川村長

申請書　住所　中川村

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  | | | 電話番号 |  | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | | |
| がん治療の状況（実績） | | 医療機関名及び診療科 |  | | | | |
| 主治医氏名 |  | | | | |
| 治療方法 | □手術　□薬物治療　□放射線治療　□その他（　　　　　　） | | | | |
| 助成対象経費等 | 補整具の区分 | 頭髪補整具 | 乳房補整具 | | | | その他 |
| 左房用 | 右房用 | | |
| 補整具の内容及び  購入年月日  (領収書の日付) |  |  |  | | |  |
| 購入経費計  （税込） | 円 | 円 | 円 | | | 円 |
| 購入経費計の  ２分の１の額 | 円 | 円 | 円 | | | 円 |
| 補助対象額 | 円 | 円 | 円 | | | 円 |
| 補助金交付申請金額 | | | | 円 | | | |

補助金振込口座（申請者以外の口座の場合は、下記委任状に署名をしてください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・金庫  組合・農協 | | 本店・支店  本所・支所 |
| 口座種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

委任状

交付される補助金の受領については、上記口座名義人に委任します。

氏名