

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	頭髮補整具	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 _____