別記様式第１号（第６条関係）

板倉町がん治療者医療用補整具等購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

板倉町長　様

申請者住　所

氏　名
電　話

板倉町がん治療者医療用補整具等購入費助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

【同意事項】　□　本助成金の申請に必要な事項として、住民基本台帳の閲覧及び町税の納入状況を確認することに同意します(□にチェック）。

１　対象者

氏　名	□申請者と同じ場合は✓
住　所	□申請者と同じ場合は✓

２　助成対象経費

区　分	購入金額	購入日	備考
ウィッグ等	円	年　月　日	
胸部補整具等	円	年　月　日	
エピテーゼ等	円	年　月　日	

３　交付申請額（購入費用合計額の 1/2（100 円未満切り捨て）又は上限額のいずれか少ない額）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

４　添付書類（添付した書類に✓をつけてください）

□治療方針計画書又は手術・化学療法の同意書等、がん治療を受療していることが分かる書類
□領収書及び明細書(購入日、品目、個数及び金額が分かるもの。写しは不可)
□(代理人が申請する場合)委任状（別記様式第２号）及び代理人の本人確認書類

※町確認

本人確認書類		居住期間	１年以上・未満	納税状況	滞納：有・無	確認者