様式第１号

年　　月　　日

　有田町長　様

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

補助対象者との続柄（　本人　・　扶養者　）

電話番号　　　　　（　　　　）

有田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

　有田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、有田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第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、有田町が私の町税等の滞納の有無に関する情報など、補助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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 補助対象経費 | 円 | 購入日 | 令和　　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 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）口座名義 |  |
|  |

　次のいずれにも該当する場合にのみ、補助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

　□　有田町に住所を有する

　□　有田町税等の滞納がない

　□　当該年度においてこの補助を受けていない

※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