様式第１号（第５条関係）

年　月　日

本山町長　　　　　　様

補助金交付申請書

　本山町がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、本山町がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。また、本山町の事務及び事業における暴力団の排除に関する規則第２条各号に掲げる者に該当しないことを誓約し、補助金の交付の可否を決定するために町長が私及び私の属する世帯全員の町税等の納付状況を調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （補助対象者） | | 氏　　名 |  | |
| 住　　所 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 電話番号 |  | |
| 補助対象経費 | 補整具の種類 | ウィッグ　・　乳房補整具 | | ウィッグ　・　乳房補整具 |
| 購入年月日  （領収書の日付） | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 |
| 購入費用 | 円（税込） | | 円（税込） |
| 交付申請額  ※上限２万円 | 円 | | 円 |
| 添付書類 | | □　補整具の購入に係る領収書の原本（品名や金額の記載のあるものに限る。）  □　治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類  □　現住所及び生年月日が確認できる書類  □　その他町長が必要と認める書類 | | |