

新篠津村長 様

新篠津村がん患者等アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

新篠津村がん患者等アピアランスケア支援事業に係る助成金の交付を次のとおり申請します。決定した助成金は、以下の口座に振り込んでください。なお、この事業の実施に際し、新篠津村が住民基本台帳、村税の納付状況、その他決定に必要な各種資料について確認すること及び必要に応じて医療機関等の関係機関に照会することに同意します。

申請者	住所	新篠津村					
	氏名 <small>記名押印</small>	印					
	生年月日						
	電話番号						
対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	住所	新篠津村					
	氏名						
	生年月日						
治療等の状況	病名等						
	発症年月日	(不明の場合は初診年月日)					
	医療機関名						
	診療科						
	治療方法	手術・化学療法・その他()					
購入補整具	種類						
	購入年月日						
	購入金額			円		円	
振込先口座	銀行・金庫			店・出張所			
	組合・農協			ゆうちょ店番			
	普通・当座	口座番号					
	フリガナ						
	口座名義人						

添付書類

- 診療明細書、治療方針計画書、診断書等の対象者ががん治療等を受けていることを証する書類の写し（当該書類がない場合は、医師の意見書（第2号様式））
- 購入（支払）日、品目、金額、購入者等の明細が分かる書類（領収書等）の原本
- 申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し