別　記
第１号様式（第５条関係）

長柄町がん患者ウィッグ及び補整具購入費等助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

長柄町長　　様

申請者　住　　所　長柄町
氏　　名　　印
電話番号

長柄町がん患者ウィッグ及び補整具購入費等助成金の交付を受けたいので、長柄町がん患者ウィッグ及び補整具購入費等助成金交付要綱第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">対　象　者</td><td>フリガナ
氏 名</td><td>生 年 月 日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="3">住 所　〒　　－　　電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">が ん の 治 療 方 法</td><td colspan="3">☐ 手術　☐ 薬物療法　☐ 放射線治療　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">対象となる用具</td><td rowspan="2">ウ ィ ッ グ 等</td><td colspan="2">購入日・レンタル期間</td><td>領収書の金額(税込)</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 購入日　　年　月　日
☐ レンタル期間　年　月　日～　年　月　日</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">補 整 具 等</td><td colspan="2">購入日・レンタルの期間</td><td>領収書の金額(税込)</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 購入日　　年　月　日
☐ レンタル期間　年　月　日～　年　月　日</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">助 成 金 申 請 額</td><td colspan="2">円</td><td>※ 各用具上限５万円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金 融 機 関 名</td><td colspan="3">銀行・信金・農協　　本店(所)・支店(所)</td></tr>
<tr><td>口 座 種 別</td><td>普通・当座</td><td>口 座 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ
口座名義人</td><td colspan="3">※申請者の口座に限ります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">添　付　書　類</td><td colspan="3">☐ がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
（診療明細書など）
☐ 領収書の写し及びその明細書の写し
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">個人情報の確認に対する同意</td><td colspan="3">☐ 本申請の審査に必要な範囲で町職員が上記等に係る個人情報の確認を行うことに同意します。
申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>