

山口県アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

山口県知事 様

(申請者)

(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

山口県アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。

1 対象がん患者	氏 名		
	住 所		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)
2 対象経費	購入費用	円	
	購入日	年 月 日	
3 交付申請額	円		
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 世帯員全員の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満である <input type="checkbox"/> 申請に係る補整具の購入に対して、他の助成を受けてない <input type="checkbox"/> がん相談支援を受けている 相談医療機関名： _____ 直近の相談日： _____年 月 日		
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 領収書の写しなど対象補整具を購入したことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 世帯員全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類		
6 振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合 (その他：)	支店・支所・出張所 (その他：)
	口座種別 ※該当するものに○印	1.普通	2.当座
	口座番号		
	(フリガナ)		
	口座名義		