

様式第 1 号（第 5 条関係）

山陽小野田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請者）

〒

住 所
氏 名

（下記助成対象者との続柄）

電話番号

山陽小野田市がん患者医療用補整具購入費助成事業交付要綱第 5 条第 1 項の
規定により、下記のとおり申請します。

助成対象者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日（ 歳）		
対象経費	購入品目			
	購入費用	円		
	購 入 日	年 月 日		
交付申請額	円			
確認事項	<input type="checkbox"/> 山口県アピアランスケア推進事業助成金の対象ではない <input type="checkbox"/> 申請に係る補整具に対して他の助成を受けていない <input type="checkbox"/> 本市のがん患者医療用補整具購入費助成を受けていない			
添付書類	<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			
振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合		本 店 支 店 出張所
	預金種別	1.普通	2.当座	口座番号
	(フリガナ)			
	口座名義人			