

三戸町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

三戸町長 様

申請者
住 所
氏 名 (続柄)
連絡先

三戸町アピアランスケア用品購入費助成金について、令和8年度三戸町アピアランスケア用品購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、町が申請内容の審査のため、他の地方公共団体や関係する医療機関等に対し、申請内容の事実確認及び他の同種の助成金等の交付の有無の確認を行うことについて同意します。

フリガナ			大正	
助成対象者 氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
住 所	〒 三戸町			
助成対象部位	①購入した日	②購入した金額	③購入した金額の 1/2の額 (※千円未満切捨)	④助成金交付申請額 (③と3万円のどちらか 低い額)
頭 部	年 月 日	円	円	円
乳房(右)	年 月 日	円	円	円
乳房(左)	年 月 日	円	円	円
			助成金交付決定額 (※)	
			円	
助成金振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所
	種 別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

必要事項を記入の上、申請してください。(※には何も記入しないでください。)

添付書類

- がん治療を受けていた、または受けていることを証明するもの(診断書、治療方針計画等)
- アピアランスケア用品の購入年月日、金額がわかるもの(領収書等)
- 振込を希望する金融機関の口座が確認できるもの(通帳の写し等)
- 申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険資格確認書等)