

南越前町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

補助対象者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

南越前町ウィッグ等補整具購入支援事業補助金交付申請書

南越前町ウィッグ等補整具購入支援事業について、補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 補助対象がん患者等	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区分	①ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子も含む。） ②補整下着等の胸部補整具 ③その他  該当番号に丸をつけて下さい。
	購入金額	円
	購 入 日	年 月 日
3 交付申請額	円 購入額に1/2を乗じた額（補助上限50,000円）	
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した日付及び金額が証明できる書類の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書など治療内容を証明できる書類の写し <input type="checkbox"/> 町税の滞納がないことが分かる書類の写し	