

申請日をご記入ください。（※申請日から1年以内の購入物品のみ助成します）

豊郷町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

必ず印鑑を押してください。また、訂正印は、この印鑑と同じものにしてください。

令和●年 ●月 ●日

豊郷町長 様

訂正する場合は、訂正印および二重線をお願いします。また、訂正印は申請時の印鑑と同じものをお願いします。修正液での修正や消えるボールペン等での記入等は不可になります。

申請者 住所 豊郷町大字〇〇〇△△番地
氏名 豊郷 花子
助成対象者との続柄 本人
電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇



助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて

下記のとおり、申請および請求をします。

Table with columns for beneficiary information, medical status, treatment details, and payment information. Includes fields for name, address, hospital, doctor, and bank details.

治療開始時期は、購入年月日より前の日付となります。

領収書に記載されている内容と合致させてください。

原則、振込先は助成対象者（患者さん）本人の口座（未成年の場合は、保護者）振込先の通帳コピーと同じ内容をご記入ください。

※複数申請のあ
※対象者が未成年