鹿部町アピランスケア助成事業申請書

年 月 日

鹿部町長 様

鹿部町アピランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、申請内容の確認等に必要な場合は、医療機関に対し治療内容及び購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

申請者	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	電話番号			
対象者	フリガナ			
	氏名	☐ 申請者と同じ		
	住所	☐ 申請者と同じ		
	生年月日			
助成対象経費	区分	☐ ウィッグ	☐ エピテーゼ	☐ 胸部補整具
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	ア 円	エ 円	キ 円
	助成上限額	イ 25,000円	オ 25,000円	ク 50,000円
	助成対象額	【ア又はイのうち いずれか低い額】 ウ 円	【エ又はオのうち いずれか低い額】 カ 円	【キ又はクのうち いずれか低い額】 ケ 円
助成金申請額合計（ウ・カ・ケ）の合計金額				円
助成決定額（※保健福祉課記入）				円

振込先						
金融機関名	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別			
			普通・当座			
(ふりがな)	口座名義人	口座番号				
口座名義人						