

様式第1号（第6条関係）

川西町アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

川西町長 様

申請者 住所
(交付が決定した場合の 氏名
振込先口座の名義人) 電話番号 — —

川西町アピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外 ⇒ ()			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外 ⇒ ()			
	生年月日	年	月	日	
治療したがんの種類					
補正具の種類	医療用ウィッグ ・ 乳房補正具 (いずれかに○)				
購入年月日	年	月	日	購入額	円
申請額	円 (購入額の2分の1または2万円のいずれか低いほうの金額)				

※添付書類

- (1) 抗がん剤治療又は手術など治療内容を確認できる書類の写し（治療説明書や診断書、治療方針計画書等）
- (2) 補正具等を購入したことが確認できる書類（領収書等）

※上記添付書類の他、治療内容や補正具の確認のため、別途資料の提出をお願いする場合があります。