

様式第1号(第5条関係)

美里町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

美里町アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、美里町アピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容の確認のため、美里町が住民基本台帳等の公簿を照会することに同意します。

- 1 交付申請額 金 円
- 2 購入金額 金 円
- 3 購入物 ウイッグ ・ 胸部補整具
- 4 購入日 年 月 日
- 5 助成金の振込先

金融機関名	支 店 名	口座種別	口座番号	(フリガナ)
				口座名義人
		普 通 当 座		

- 添付書類 (1) がん治療受療証明書(様式第2号)又はがん治療を受けていることを証する書類  
(2) 助成対象経費に係る領収書又は支払の事実を確認できる書類  
(3) その他町長が必要と認めるもの

※町使用欄

<input type="checkbox"/> 交付・ <input type="checkbox"/> 不交付	年 月 日
交付決定額	円