

第 1 号様式（第 5 条関係）

西郷村アピアランスケア支援助成事業利用申請書兼請求書

年 月 日

西郷村長

申請者 住所
氏名
(続柄)
(電話番号)

西郷村アピアランスケア支援助成事業実施要項第 5 条の規定により、下記のとおり助成金を請求します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	歳
住所	〒 電話番号 ()		
用具		購入日	購入金額
ウィッグ		年 月 日	円
乳房補整具		年 月 日	円
交付申請額	ウィッグ		乳房補整具
	円		円
添付書類	☐ 診断書の写し、治療計画説明書の写し等、がんの治療を受けたこと又は受けていることが確認できるもの ☐ 補整具を購入したことが確認できる領収書の写し ☐ 現住所が確認できる本人確認書類 ☐ 助成金の振込口座の通帳の写し（口座等が確認できるページ）		
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
	口座種別	1：普通預金 2：当座預金	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		