

記入例

様式第1号(第4条関係)

令和7年 10月 1日

愛南町長 様

申請者 住 所 愛南町城辺甲 2420
氏 名 愛南 なーし ⑩
生年月日 平成 3年 4月 5日
電話番号 0895-72-1212

愛南町がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

愛南町がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたいので、愛南町がん患者補整具購入費助成金交付要綱第4条の規定により次のとおり申請します。なお、助成金の交付の審査に当たり、申請者の住民基本台帳及び関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

使用者	※申請者と異なる場合のみ記入 住 所 氏 名 生年月日									
購入した補整具等	種類	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整具(右・左) <input type="checkbox"/> その他								
	購入年月日	令和 7年 9月 1日								
	購入金額(税込)	43,210 円								
申請(請求)額 (上限3万円)	※職員が記入します 円 ※購入金額の3分の2の額又は3万円のいずれか少ない額 (1,000円未満切捨て)									
振込先	金融機関名	伊予 銀行 愛南 支店 農協 支所								
	預金種別	普通 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) 口座名義人	アイナン ナーシ 愛南 なーし								

添付書類

- (1) 購入した補整具等の領収書
- (2) がん治療を受けていることを証明する書類の写し

別紙3

税等の滞納がない旨の申出書

年 月 日

愛南町長

様

住所
氏名

印

愛南町がん患者補整具購入費助成金の申請に当たり、町税等の滞納がない旨を申し出ます。なお、担当部署において納税等の状況について調査することに同意します。

-----以下愛南町記入欄-----

担当部署名	費目	担当部署記入欄	確認印
税務課	町民税	有 無	
	固定資産税	有 無	
	国民健康保険税	有 無	
	介護保険料	有 無	
	後期高齢者医療保険税	有 無	
	軽自動車税	有 無	
子育て支援課	保育料	有 無	
環境衛生課	下水道料	有 無	
	町営浄化槽使用料	有 無	
水道課	水道料	有 無	
学校教育課	給食費	有 無	

備考 調査の対象は、補助等の対象となる者及びその世帯員全員とする。