

様式第1号（第6条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

南三陸町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 — —

南三陸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			
	氏 名			
	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（右） ・ 乳房補正具（左） （該当する種類に○をつけてください。）			
購入年月日	年 月 日	購入額	円	
申請額	円			
添付書類	治療説明書、診断書、治療方針計画書等治療内容を確認できる書類の写し 補正具を購入したことが確認できる書類の写し			

備考 申請額には、購入額に記載した金額又は3万円（乳房補正具を左右両方購入した場合は6万円）のいずれか低い方の金額を記入してください。