

白河市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

白河市長

申請者 住所

氏名

(続柄)

(電話番号)

白河市アピアランスケア支援助成事業実施要綱第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	<input type="checkbox"/> 診断書の写し、治療計画説明書の写し等、がん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 <input type="checkbox"/> 補整具を購入したことが確認できる領収証の原本 <input type="checkbox"/> 現住所が確認できる本人確認書類 <input type="checkbox"/> 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				