

鳥取県がん患者の社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

総合事務所長 様

(申請者)

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(続柄：補助対象がん患者の )

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

鳥取県がん患者の社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により申請するとともに、実績を報告します。

なお、交付決定後は、下記交付決定額を請求します。

記

1 補助対象 がん患者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年	月	日
	過去の補助 金受給の有 無	過去にこの補助金を受けたことがありますか。 有 ・ 無		
有の場合 ※初回申請日 と既交付決定 額(合計額)を 記入		全頭かつら		補整下着等
		年	月	日
		円		円
2 補助対象 経費 (いずれか、又は両 方の区分にご記 入ください)	区 分	ア 全頭かつら (装着用のネットを含む。)		イ 補整下着等
	購入費用	円		円
	購入日	年	月	日
3 交付申請額	円 ※購入費用×1/2、千円未満切り捨て、補助上限：5万円			
4 添付書類 (添付した書類に☑ をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具（全頭かつら（装着ネットを含む）・補整下着等）の領収書など購入した金額が分かる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> (補助対象がん患者の) 世帯全員の所得課税証明書（市町村民税の所得割課税年額のわかる書類） <input type="checkbox"/> (他からの助成がある場合) 他からの助成額の金額が分かる書類			
5 他からの助 成の有無	<input type="checkbox"/> あり ( 円) <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合はその助成額が分かる書類を添付すること。			

6 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金 種別	普通・当座・その他				
フリガナ			口座 番号					
口座名義 (※申請者名義)								