

珠洲市がんアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

珠洲市長

申請者（兼）請求者

住所 珠洲市

氏名

対象者との続柄

電話番号

次のとおり、がんアピアランスケア助成金の交付を受けたいので、領収書ほか関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で市が住民基本台帳の確認及び医療機関・購入先に対し内容を照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日 ( 歳)
助成対象経費	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒		
		電話 ( )		
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具 (右・左)
	購入日	年 月 日		年 月 日
	購入費用(A) <small>※他の助成金の額を除く</small>	円 (税込)		円 (税込)
	助成限度額(B)	20,000円		左右 各20,000円
	(A)又は(B)の いずれか低い額	① 円		② 円
助成申請額 (①+②)		円		
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	種類	普通・当座	口座番号	
	口座名義 (申請者と同一)	フリガナ 氏名		
	添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) <input type="checkbox"/> 補整具の領収書等、購入した日、金額及び商品がわかる書類 <input type="checkbox"/> 同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額がわかる書類 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等、振込先の情報がわかる書類		