

様式第1号（第6条関係）

野洲市がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

野洲市長 様

申請者 住所 野洲市
 氏名 (印)
 助成対象者との続柄
 電話 ()

※本人が申請する場合、氏名を記載し押印することに代えて著名することができます。

※対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

野洲市がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請し、及び請求します。また、助成金の交付の審査のため、必要な範囲で私の住民基本台帳に関する資料を市の職員が閲覧することに同意します。

助成対象者	(フリガナ)					
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	住所	〒 野洲市				
	連絡先(電話番号)	()				
がんの治療状況	医療機関名					
	主治医氏名					
	治療開始時期					
	治療方法					
購入した補整用具等	種類	<input type="checkbox"/> 医療用等ウィッグ(皮膚保護用ネットを含む。)又は帽子 <input type="checkbox"/> 乳房補整具(右側) <input type="checkbox"/> 乳房補整具(左側)				
	購入年月日	年 月 日				
	購入額	円				
他の助成金の受給の有無		<input type="checkbox"/> 有(助成額: 円) <input type="checkbox"/> 無				
交付申請金額	※10,000円又は購入額のいずれか少ない方の額(1,000円未満切捨て) 円					
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	金融機関コード ()	本店 支店 出張所 代理店	店舗番号 ()	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人					

※ 添付書類

- 1 脱毛の副作用がある抗がん剤治療の受療を証明する書類(医療用等ウィッグ等の場合)
- 2 がん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類(乳房補整具の場合)
- 3 補整用具等を購入した金額の明細がわかる書類(領収書の写し)
- 4 振込先口座が確認できる書類(通帳等の写し)