

様式第1号（第5条関係）

がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小城市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 助成対象者との続柄 (_____)
 電話番号 (_____)

小城市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、申請するに当たり、小城市住民基本台帳の記録に関する事項その他助成金交付に関し必要な事項について、照会・確認することに同意します。

助成対象者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月 日	年 月 日生 () 歳	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____	電話番号 (_____)	
助成対象経費	購入経費		アの1/2の額 (1円未満切り捨て)	上限額2万円又はイのいずれか低い方	購入年月日
	医療用 ウィッグ	① ア 円	① イ 円	① ウ 円	年 月 日
	乳房補正具	② ア 円	② イ 円	② ウ 円	年 月 日
申請・請求金額		金 円 <①ウ+②ウ>			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義				

次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、にチェックをお願いします。

- 申請日において、小城市に住所を有する
- がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていた
- がん治療に伴う脱毛又は乳房切除により、医療用補正具を購入している
- 当該年度において、他の都道府県及び市区町村から同種の助成等を受けていない

※添付書類

- (1) がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていたことを証明する書類
- (2) 補正具を購入した日付及び金額の明細がわかる書類（領収書等）
- (3) その他市長が必要と認める書類

(担当課受理日)