

年 月 日

あわら市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 (対象者との続柄) _____
 電話番号 () _____

あわら市がん患者アピランスサポート事業助成申請書兼請求書

あわら市がん患者アピランスサポート事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請するとともに、助成金を交付されるよう請求します。

1 対象者	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日
2 今年度中にかん治療に伴う補整具の助成を受けましたか。		はい ・ いいえ		
3 助成対象経費	区分 ※該当区分に○をすること。	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他（ ）		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用	円	円	円
	購入総額	円		
	購入総額に1/2を乗じた額④	円		
4 申請（請求）額	※2万円又は④のいずれか低い額 円			
5 同意確認 (同意される場合☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 市が、助成要件の審査のために必要な住民基本台帳の情報や納税の状況を閲覧することに同意します。			
6 添付書類 (添付した書類に☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 領収書その他補整具を購入した金額を証明する書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書その他がん治療を受療していることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類の写し			

※裏面もご記入ください。

7 助成金の振込先（申請者と対象者が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください。）

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通	2. 当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--

(注) 申請後、振込先口座に変更（解約）があった場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：あわら市健康福祉部健康長寿課（TEL 0776-73-8023）