

様式第1号（第5条関係）

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 ( ) \_\_\_\_\_

あわら市がん患者等補整具助成金支給申請書兼請求書

あわら市がん患者等補整具助成金の支給を受けたいので、あわら市がん患者等補整具助成要領第5条の規定により、関係書類を添え、次のとおり申請します。

1 対象者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
2 助成対象費用	区分	(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（ ） ※該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	補助基準額 ※購入費用に1/2を乗じた額	円
	購入日	年 月 日
3 申請（請求）額 ※ 2万円又は補助基準額の低い方	※この欄は記入しない。 円	
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書その他購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書その他がん治療を受療していることが証明できる書類 <input type="checkbox"/> あわら市がん患者等補整具助成金申請に関する誓約書兼同意書	

※裏面もご記入ください

5 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) 申請した後、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）