

様式第1号（第5条関係）

五條市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

五條市長 様

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を申請します。  
なお、市が助成要件（住所等）を住民基本台帳等により確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ				生年 月日	年 月 日生（ 歳）
	氏 名					
	住 所	〒 _____ _____				電話番号 ( ) _____
助成対象費用		購入経費	アの $\frac{1}{2}$ の額	上限額2万円又はイのいずれか低い	購 入 日	
	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	
申請金額	金 円 <①-ウ> + <②-ウ>					

上記内容について、市又は市が助成している団体他の補助金等の制度の利用はありません。

※添付書類

- 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書などのコピー
- 今回の治療に係る医療機関発行の領収書及び明細書
- 振込先金融機関の通帳又はカードのコピー

市記入欄

担当者	治療等証明書	領収書	住基確認	支給・不支給