

<記入例>

様式第1号（第6条関係）

大津市がん患者のアピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

申請日をご記入ください。

（※申請日から1年以内の購入物品のみ助成します。）

令和〇年〇〇月〇〇日

<訂正がある場合>

訂正印及び二重線をお願いします。
訂正印は申請印と同じものをお願いします。
修正液での修正や消えるボールペン等での記入等は不可となります。

申請者 住所 大津市浜大津〇丁目〇番〇号

氏名 大津 花子

助成対象者との続柄 本人

電話 077 (123) 4567

大津印

業助成金の交付を受けたいので、大津市がん患者のアピラ

ンスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、

なお、申請にあたって、大津市が住民基本台帳に記載さ

について同意します。

訂正印はこの印鑑と同じものにしてください。

ることに

助成対象者	(フリガナ) 氏 名	☒ 申請者と同じ		生年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住 所	〒 ☒ 申請者と同じ				
	電話番号	☒ 申請者と同じ				
がんの治療状況	医療機関名	〇〇〇〇病院				
	疾患名	〇〇〇〇がん				
	治療開始時期	令和〇年〇〇月から				
	治療方法	手術・放射線・薬剤・				
がん治療を 証明する書類	お薬手帳・診療明細書・その他（					
補整具が 必要な理由	(例) 抗がん剤治療による脱毛の副作用があったため。 乳がん治療に伴う手術で乳房を切除したため。					
助成対象経費	区分	ウィッグ 帽子 (装着用ネット含む)	補整下着・補整パッド ・人工乳房(左)	補整下着・補整パッド ・人工乳房(右)		
	購入年月日	令和〇年〇〇月〇〇日	令和〇年〇〇月〇〇日	年 月 日		
	購入価額	50,000円	30,000円	円		
	助成申請額	※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)				
		A 10,000円	B 10,000円	C 円		
	請求額(A+B+C)	20,000円				
他の公的助成金 の受給の有無	有(助成額: 円) ・ 無					
振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行 信金 信組 農協	〇〇〇 本店 支店			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 12345678			
	(フリガナ) 振込人	オオツ ハナコ 大津 花子				

お薬手帳もしくは診療明細書が
1枚で審査が通る場合が多いです。
その他の書類は、該当するか、
健康推進課にご相談ください。

領収書に記載されている内容
と合致させてください。

振込先の通帳コピーと同じ
内容をご記入ください。