

<記入例>

様式第1号（第6条関係）

申請日を記入

（※助成の対象は申請日から1年以内の購入物品のみ）

大津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

<訂正がある場合>

訂正印及び二重線で訂正。

訂正印は請求印と同じもの

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。

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

助成金の交付を受けたいので、大津市がん患者のアピアランスケア支援事業に基づき、関係書類を添えて申請します。

請求印を押印

なお、申請に当たって、大津市が住民基本台帳に記載された情報の閲覧及び関係機関へ照会することについて同意します。

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・その他		
がん治療を 証明する書類	お薬手帳・診療明細書・その他（ <u>お薬の名称や手術名の記載がある書類</u> ）			
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	購入年月日	令和〇年〇〇月〇〇日	①令和〇 〇 〇 〇 ②令和〇年〇〇月〇〇日	年 月 日
	購入価額	58,500円	①3,500 ②5,000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 A 10,000円 B 8,000円		
	請求額 (A+B+C)	18,000円		
	有（助成額： 円） ・ 無			
振込先	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1234567
	(フリガナ) 口座名義人	オオツ ハナコ 大津 花子		

領収書に記載の内容と
合致させる。

請求額の訂正は不可
間違えた場合は最初から
書き直す。

申請額は 1,000円
未満切捨て