

申請（予定）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3年7月1日

★修正する場合は、
修正印及び二重線をお願いします。また
修正印は申請時の印鑑と同じもの
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。

また修正印はこの印鑑と
同じものにしてください。

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



大津市補助金等交付規則第4条第1項の規定により、大津市がん患者のアピランスケア支援事業
助成金について次のとおり申請します。

助成対象者	(フリガナ) 氏名	オオツ ハナコ 大津 花子	
	生年月日	1981年 4月 2日	
	住所	〒〇〇〇-△△△△ 大津市〇〇〇町△丁目□番地	
	連絡先（電話番号）	077 (123) 4567	
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院	
	主治医氏名	滋賀 太郎	
	治療開始時期	令和3年 1月から	
	治療方法	手術・放射線 <input checked="" type="radio"/> 薬剤 <input type="radio"/> その他 ()	
抗がん剤等による 治療を受けている ことを証する書類	お薬手帳・ <input checked="" type="radio"/> 診療明細書・治療方針計画書・その他		
購入した 補整用具	種別	<input checked="" type="radio"/> ウィッグ・ <input type="radio"/> ネット・ <input type="radio"/> 帽子	
	購入年月日	令和3年 4月 1日	
	購入価額	20,000円	
補整用具が 必要な理由	抗がん剤治療による副作用（脱毛）のため。		
他の公的助成金 の受給の有無	有（助成額： 円） <input checked="" type="radio"/> 無		
交付申請金額	※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） 10,000円		
振込先	金融機関名	〇〇〇	銀行 信金 信組 農協
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 1 普通	<input type="radio"/> 2 当座
	(フリガナ) 口座名義人	オオツ ハナコ 大津 花子	

治療開始時期は購入年月日
より前の日付となります。
ご確認ください。

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。