

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

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_ ( )

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		
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒	
	連絡先(電話番号)		
がんの治療状況	医療機関名		
	主治医氏名		
	治療開始時期	年 月から	
	治療方法	手術・放射線・薬剤・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・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	ウィッグ・ネット・帽子	
	購入年月日	年 月 日	
	購入価額	円	
補整用具が必要な理由			
他の公的助成金の受給の有無	有(助成額: 円) ・ 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) 円		
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
	預金種別	1 普通      2 当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		