

様式第1号（第6条関係）

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

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 \_\_\_\_\_ ( )

大津市がん患者のアピアランスケア支援事業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助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、申請にあたって、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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名		治療開始時期	年 月から
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ( )		
がん治療を証明する書類 (補整具の区分ごとにチェック)	頭髮補整具	乳房補整具		
	<input type="checkbox"/> 診療明細書・お薬手帳 (薬剤名が記載されたもの) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 診療明細書 (手術名が記載されたもの) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
助成対象経費	補整具の区分	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	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入価額	円	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 円	B 円	C 円
	請求額 (A+B+C)	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	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 (右詰めで記入)	
	(フリガナ) 口座名義人			