＜記 入 例＞

様式第１号（第６条関係）

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。）

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

令和６年　１月　１５日

＜訂正がある場合＞
訂正印及び二重線でお願いします。
訂正印は申請印と同じものでお願いします。
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。

訂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○丁目○番○号
氏 名　大津　花子　（大津印）
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ア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	昭和５２年　５月　２日
	住　　所	〒○○○－△△△△ 大津市○○○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	○○病院
	主治医氏名	滋賀　太郎
	治療開始時期	令和６　年　１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	令和６年　１月　１０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）・（無）	
交付申請金額	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	○○○　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　１２３４５６７８
	（フリガナ） 口座名義人	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。