

年 月 日

福井市長 様あて

〒910-0853

申請者 住所 福井市城東4丁目14-30
氏名 健康 花子
(補助対象者との続柄) 本人
電話番号 0776(28)1256

口座名義人と
同一の方が申請者
としてご記入くだ
さい

福井市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書および請求書

福井市がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏 名	健康 花子	
	住 所	福井市城東4丁目14-30	
	生 年 月 日	昭和〇年 〇月 〇日	
2 過去の補助実績	県・他市町からがん治療に伴う補整具の補助を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ	
3 補助対象経費	区 分 ※該当区分に〇をすること。	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他	
	購入費用	19,000 円	
	補助基準額 ※購入費用に1/2を乗じた額 (小数点以下切り捨て)	9,500 円	
	購 入 日	令和〇 年 〇月 〇日 年 月 日 年 月 日	
4 交付申請（請求）額	9,500 円		

購入日が複数ある場合は
すべてご記入ください

※裏面もご記入ください。

=====
以下、福井市記入欄
=====

交 付 決 定 額	☐ R7.3.31以前の購入分のみ	円
	☐ R7	
	☐ R7 入	
添 付 書 類	☐ 補整	記入不要です 明できる書類 口口座情報が確認できる部分（通常は通帳表紙の裏面）の写し
	☐ 診断	
	☐ 口口座情報が確認できる部分（通常は通帳表紙の裏面）の写し	

5 振込先（申請者と補助対象がん患者が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください）

金融機関名	健康	銀行 金庫 農協・組合	健康	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別 ※該当するものに○印	1.普通 2.当座			
口座番号	1234567			
(フリガナ)	ケンコウ ハナコ			
口座名義	健康 花子			

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

通帳の写しを貼ってください	
---------------	--

（注）申請した後、振込先口座に変更（解約）があった場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：福井市健康管理センター（TEL 0776-28-1256）

福井市 確認欄	受付者 サイン	
	担当者 サイン	