

福井市長 様あて

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 (補助対象者との続柄) \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

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及び請求書

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	
	住 所	
	生年月日	
2 過去の補助実績	今年度中にごん治療に伴う補整具の補助を受けましたか。	はい ・ いいえ
3 補助対象経費	区 分 ※該当区分に○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及び帽子を含む。) (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他
	購入費用	円
	補助基準額	※購入費用に2分の1を乗じた額 (小数点以下切り捨て) 円
	購 入 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
4 交付申請 (請求) 額	※購入費に2分の1を乗じた額 (小数点以下切捨) 又は上限額 (20,000円) のいずれか少ない額を記載すること。 円	

※裏面もご記入ください。

以下、福井市記入欄

交付決定額	円	申請履歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降 (前回受付日:令和 年 月 日)
添付書類	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> がん治療を受療していることが証明できる書類 (受療日が確認できるもの) <input type="checkbox"/> 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	銀行・金庫 農協・組合	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		
(フリガナ)		
口座名義		

○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。

(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	