福井市長 様あて

〒 申請者 <u>住所</u> <u>氏名</u> (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

		ДL	
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	県・他市町か 受けたことが	らがん治療に伴う補整具の補助を ありますか。	はい ・ いいえ
3補助対象経費	区 分 ※該当区分に○ をすること。	<ul><li>(1) ウィッグ(ウィッグ装着時にネットおよび帽子を含む。)</li><li>(2) 補整下着等の胸部補整具</li><li>(3) その他</li></ul>	こ必要な頭皮保護用の
	購入費用		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)		円
		年 月	日
	購入日	年 月	日
		年   月	日
4 交付申請(請求)額			円

※裏面もご記入ください。

	===== 以下、福井市記入村	<b>W</b> ====================================			
交付決定額	□ R7.3.31以前の購入分のみ				
	□ R7.4.1以降の購入分のみ	円			
	□ R7.3.31以前と4.1以降の購入分がある				
	□補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類				
添付 書類	□診断書、治療方針計画書等がん治療を受療している事が証明できる書類				
	□□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)	ヒ補助対象がん患	者が異なる場合は	、申請者の口座作	青報をご記入ください)
金融機関名		銀行・金属	車	本店・支店・本所
		農協・組合	<u></u>	支所・出張所
口座種別	1.普通	2.当座		
※該当するものに○印				
口座番号				
<b>(</b> フリカ゛ナ <b>)</b> 				
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	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	- (TEL 0776-28	-1256)	
			受付者	
			井市 サイン	
		花	認欄 担当者	i
		1/住	サイン	