

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		
	住 所		
	生年月日		
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○ 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	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	
	購 入 日	年 月 日	
4 交付申請(請求)額 ※10,000円または補助 基準額のいずれか低い方	円		
5 添 付 書 類 (添付した書類に☑ をつけてください)	<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"/> 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 <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		

※裏面もご記入ください。

6 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	