

鯖江市がん患者アピランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鯖江市長 殿

申請者

住 所

氏 名

助成対象者との続柄

電話番号

鯖江市がん患者アピランスサポート事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請(請求)します。なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 — (電話番号)		
		鯖江市		
過去の助成状況	過去に鯖江市および他の地方公共団体から、がん治療に伴う補整具の購入経費の助成を受けたことがありますか (□にチェック)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
がんの治療状況	医療機関名		治療方法 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他( )
	治療開始時期	年 月 頃		
購入した補整具	種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 <input type="checkbox"/> 胸部補整具等 <input type="checkbox"/> その他		
	購入日	年 月 日 (複数購入の場合は、一番古い日を記入してください。)		
	購入費用	円	申請額 (請求額) (この欄は記入しない)	<input type="checkbox"/> R6.3.31 以前 購入分含む <input type="checkbox"/> R6.4.1 以降 購入分のみ
				円

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 農協 ( )				本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	店番号		口座番号	
フリガナ					
口座名義					

必要書類  補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 (購入から1年以内)  
 振込先口座の通帳の写し (申請者名義で振込口座の内容が分かる部分の写し)

事務 処理 確認欄	
-----------------	--