

鯖江市がん患者アビランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

令和6年4月20日

鯖江市長 殿

申請者  
住 所 鯖江市水落町2丁目30-1  
氏 名 鯖江 花子  
助成対象者との続柄 本人  
電話番号 090-1234-5678

鯖江市がん患者アビ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	サバエ ハナコ	生年月日	昭和43年4月1日
	氏名	鯖江 花子		
	住所	〒916-0022 (電話番号 090-1234-5678) 鯖江市 水落町2丁目30-1		
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 ( <input type="checkbox"/> にチェック)			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院	治療方法 ( <input type="checkbox"/> にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他( )
	治療開始時期	令和5年5月頃		
購入した補整具	種類 ( <input type="checkbox"/> にチェック)	<input checked="" 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	令和5年6月11日 (複数購入の場合は、一番古い購入日を記載してください。)		
	購入費用	50,000 円	申請額 (請求額)	<input checked="" 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

振込先 金融機関名	さばえ	銀行 信用金庫 水落	支店 出張所
預金種別	普通 当座	店番号 1 2 3	口座番号 9 9 9 9 9 9 9
フリガナ	サバエ ハナコ		
口座名義	鯖江 花子		

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

記入日を記載

申請者、振込先口座は助成対象者本人  
助成対象者が未成年等の場合は保護者等

平日の日中連絡がつく電話番号

「はい」の方は助成対象外

該当するものすべてにチェック

領収証の日付を記入  
別日に複数購入の場合は、一番古い購入日を記入  
購入日から1年以内の補助具が対象

申請対象とする補整具の購入日によって判断する。

購入費用2万円以上が助成対象  
複数購入の場合は合計金額を記入

申請者(=助成対象者)名義の口座情報を記入