

鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

鯖江市長 殿

令和8年4月30日

鯖江市がん患者アピア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。

申請者	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	助成対象者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他代理人
	住所	〒916-0022 (電話番号 090-1234-5678) 鯖江市 水落町2丁目30-1		
助成対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同一(申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要。)			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	住所	〒 (電話番号) 鯖江市		
過去の助成状況	本年度中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 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(□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7年4月頃		
購入した補整具	種類(□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7年7月1日 (複数購入の場合は、一番古い購入日を記入してください。)		
	購入費用	50,000 円	申請額(請求額)	円 (この欄は記入しない)
振込先金融機関名	さばえ	銀行 信用金庫 農協	水落	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	店番号	1 2 3	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	サバエ ハナコ			
口座名義	鯖江 花子			

記入日を記載

助成対象者が未成年の場合は保護者等の法定代理人(委任状不要)
その他代理人の場合は別紙の委任状も提出する

平日の日中連絡がつく電話番号

申請者と同一の場合は記載不要
やむを得ない場合以外は、原則として助成対象者本人が申請する

「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

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

助成対象者名義の口座情報を記入

- 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(助成対象者名義で振込口座の内容が分かる部分の写し)
□ 委任状(申請者がその他代理人の場合)

事務
処理
確認欄