

## 郵送での申請に必要な書類

- ①草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書
- ②本人確認書類のコピー
- ③領収書（コピーも可）
- ④がん治療を受けていることを証する書類（コピーも可）
- ⑤振込口座（本人名義）のコピー

\*申請者、口座名義人、領収書の宛名は助成対象者と同じですか？

異なる場合は、委任状とそれぞれの本人確認書類のコピーが必要です。

委任状が必要な場合は、草津市ホームページからダウンロードいただくか、健康増進課までご連絡ください。

\*必ず申請者欄に押印ください。（枠外に捨印を押印ください。）

\*修正の際は二重線で消して訂正印を押印ください（修正テープ不可です）。

\*購入価額欄に修正があると申請不可となり、再度「草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書」の記入が必要となります。

<内容をよくご確認ください、間違いのないようご記入ください>

— ご不明な点がございましたら、健康増進課までご連絡ください —

### 捨印押印箇所

枠外に捨印を  
押印ください

捨  
印

別記

様式第1号(第5条第1項)

#### 草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

草津市長

宛

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。また、本申請のために、健康増進課長が助成対象者の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。

申請者

住所	_____
氏名	_____
生年月日	____年 ____月 ____日 (満 ____歳)
電話番号	(____) _____

助成対象費用		医療用等ウィッグ本体、または帽子		乳房補整具	
助成対象者	(フリガナ)				
	氏名				
	生年月日	____年 ____月 ____日	電話番号	(____)	_____