

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。

申請者
〒525-00

住 所 草津市

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____年 _____月 _____日 (満 歳)

電話番号 _____ - _____

助成対象者	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	_____年 _____月 _____日	
	住 所		
	連絡先(電話番号)		
がんの治療状況	医療機関名		
	主治医氏名		
	治療開始時期	_____年 _____月から	
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()	
抗がん剤等による治療を受けていることを証する書類	お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・その他()		
補整用具が必要な理由			
購入した補整用具	種別	ウィッグ・ネット・帽子	
	購入年月日	_____年 _____月 _____日	
他の公的助成金の受給の有無	有 ・ 無		
申請金額の算定(上限10,000円)			助成金申請金額(ウ)
補整用具の購入価額	アの1/2の額	助成単価上限額またはイのいずれか低い額	
ア 円	イ 円	ウ 円	円
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	
	本・支店名	本店・()支店 ・出張所・代理店	
	預金種別	普通 当座	口座番号
	(フリガナ)		
	口座名義人		