

年 月 日

大野市長 様

申請者（請求者） 住 所 _____
 氏 名 _____
 生年月日 _____
 電話番号 _____

大野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

がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付を受けたいので、大野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、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請にあたり、住民基本台帳及び市税の納入状況等、市が有する情報のうち、審査に必要なものについて、市の職員が閲覧することに同意します。

記

1 助成対象 経費	区 分 ※該当区分に☑ してください。	<input type="checkbox"/> ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット等附属品を含む。） <input type="checkbox"/> 補整下着等の胸部補整具 <input type="checkbox"/> その他
	購入費用	円
	助成基準額 ※購入費用に1/2を 乗じた額 ※千円未満切捨て	円
	購入日	年 月 日
2 申請額 （請求額） ※10,000円又は 助成基準額の 低い方	円	
3 添付書類 （添付した書類 に☑をつけて ください。）	<input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の写し等、購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが証明できる書類	

※裏面もご記入ください。

4 振込先

金融機関名		本・支店名	
口座種別	普通預金・当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

(通帳の写しを添付してください。)