様式第１号（第５条関係）

　　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。 | □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。）  □補整下着等の胸部補整具　　□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）  ※20,000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。） | □ 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  □ 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。）