

別記
様式第1号(第5条関係)

栗東市がん患者のアピアランスサポート補助金交付申請書兼請求書

栗東市長

様

年 月 日

申請者 〒520-30

(代理人) 住 所 栗東市

氏 名 (印)

生年月日 年 月 日 (満 歳)

電話番号 - -

栗東市がん患者のアピアランスサポート補助金の交付を受けたいので、栗東市がん患者のアピアランスサポート補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

また、申請に係る審査に必要があるときは、対象者が栗東市に住民登録があることについて確認することを承諾します。

補助対象者	(フリガナ)		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒	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 日から		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()			
がん治療を受けていることを証する書類	1. お薬手帳 2. 診療明細書 3. 治療方針計画書 4. 入院診療計画書 5. その他()				
他の公的補助等の受給の有無	有・無				
補助対象経費	補整用具の種類	医療用等ウィッグ・帽子	乳房補整具(右側)	乳房補整具(左側)	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円	円	円	
	補助金 申請金額	上限1万円。千円未満切り捨て ア	円	上限1万円。千円未満切り捨て イ	円
		申請額(合計)		ア+イ+ウ 円	
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	本・支店名	店 代理店 支店・出張所	
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				

備考1 申請日に引き続き1年以上、栗東市の住民基本台帳に記載されていることが要件です。

備考2 申請の際には印鑑をお持ちください。

添付書類 (1)振込先通帳の見開き等の写し (2)領収書(補整用具の種類、補整用具の購入金額、領収日、申請者又は補助対象者の氏名が明記されたもの)の写し (3)治療や手術を証する書類等の写し

住民日 受付