

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) 〒

住 所 栗東市

氏 名

㊟

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栗東市に対し、対象者が栗東市に住民登録をしていること及び栗東市の住民となる前に補正用具を購入した場合に住所が所在した市区町村へ同様の制度利用の有無を照会することを承諾します。

補助対象者	(フリガナ) 氏 名				
	生年月日	年	月	日	
	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	から	
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()			
他の公的補助等の受給の有無	有・無				
補助対象経費	補正用具の種類	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	ウィッグ(上限1万円。 千円未満切り捨て)	乳房補整具(右)(上限1万円 千円未満切り捨て)	乳房補整具(左)(上限1万円 千円未満切り捨て)	
		円	円	円	
請求額(合計)			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(補正用具の種類、補正用具の購入金額、領収日、申請者又は補助対象者の氏名が記載されたもの)の写し

住民日	受付