

様式第1号（第5条関係）

がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付申請書

年 月 日

高島市長

(申請者) 住 所 高島市

氏 名

電 話 ()

高島市がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおりアピアランスサポート事業助成金の交付を申請します。また、助成金の交付の審査のため、必要な範囲で私の世帯の住民基本台帳、市税の納付状況の調査を行うことに同意します。

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 未成年者	氏 名	生年月日	年 月 日	
申請者との関係					
がんの治療方法	医療機関名		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	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 () ※いずれかを○で囲んでください。				
補整用具が必要な理由					
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無				
助成対象経費	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	
	申請金額	※補整用具1種類につき、購入額(1,000円未満切り捨て)または10,000円のいずれか少ない方の額			
		円	円	円	
申請額(合計)				円	