様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

小浜市長　様

申請者(助成対象者)

※振込先口座は、上記申請者ご本人名義のものに限ります

住所

氏名

続柄

電話番号

代理人（窓口に来られた方）

※申請者が手続きできず、代理の方が申請する場合のみ記入

氏名

申請者との関係（続柄）

電話番号

小浜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

小浜市がん患者アピアランスサポート事業について、助成金の交付を受けたいので、小浜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、下記のとおり申請するとともに、助成金を交付されるよう請求します。

なお、申請にあたり、住民基本台帳や市税納税状況等について公簿等を閲覧し調査することに同意します。

記

1　助成対象者	氏名（フリガナ）	
	住　所	小浜市
	生年月日	年　月　日
2　助成対象経費	区　分 ※該当区分に☑をつけてください	□ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。） □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
3　申請（請求）額 ※20,000 円または助成基準額のいずれか低い方		円
4　過去の助成状況（該当する方に☑をつけてください）	過去に県及び他の地方公共団体からがん治療に伴う補整具等の購入経費の助成を受けたことがあるか	□はい　□いいえ

※裏面もご確認ください

＜ 裏 面 ＞

5 振込先

<table>
<tr><td>金融機関名</td><td colspan="5">銀行・信用金庫
農協・信用組合</td><td colspan="5">本店・支店・本所
支所・出張所</td></tr>
<tr><td>口座種別
※該当するものに○印</td><td colspan="10">1.普通　　2.当座</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座番号</td><td colspan="3">店番号</td><td colspan="7">口座番号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座名義</td><td colspan="10">（フリガナ）</td></tr>
<tr><td colspan="10"></td></tr>
</table>

（通帳の写しを添付してください）

6 添付書類

添付した書類に☑ をつけてください	□　補整具の領収書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 □　通帳の写し

※記入内容に誤りがある時は、改めて申請書を提出していただく場合がありますので、
ご注意ください。