

## 記入例

記載日を記入

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 〒917-0000 小浜市南川町 4-31

氏名 小浜 花子

続柄 本人

電話番号 090-1111-1111

## 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 小浜 浜子

申請者との関係(続柄) 子

電話番号 090-1111-2222

## 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	フリガナ名	小浜 花子
	住所	小浜市 南川町 4-31
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
2 助成対象経費	区分 ※該当区分に☑をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 補整下着等の胸部補整具 <input type="checkbox"/> その他
	購入費用	30,000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	記入しない 円
	購入日	令和〇年 〇月 〇日
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	記入しない 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

※裏面もご確認ください

< 裏 面 >

5 振込先

金融機関名	●● 銀行・信用金庫 農協・信用組合	●● 本店・支店・本所 支所・出張所								
口座種別 ※該当するものに○印	○ 1.普通    2.当座									
口座番号	店番号			口座番号						
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	(フリガナ)   オバマ   ハナコ									
	小浜   花子									

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。