

別記  
様式第1号（第4条関係）

申請日を書いてください。購入日（令和4年4月1日以降）から1年以内が対象です。

守山市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書

令和4年 5月 30日

守山市長 へ

申請して下さる方の情報を書いてください

住所：住民票のある住所  
続柄：助成対象者と同一の場合は、『本人』と記載  
電話番号：日中に連絡の取れる電話

申請者

住所 守山市吉身二丁目5番22号

氏名 守山 太郎

助成対象者との続柄 父

電話番号 080-XXXX-XXXX

守山市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。また、助成金の交付決定のために、市職員が住民基本台帳を

助成対象者（実際に治療を受けて、補整具を使用される方）の情報を書いてください

は調剤薬局等に治療状況について照

助成対象者	(フリガナ) 氏名	モリヤマ ホテル 守山 蛭	
	生年月日	昭和60年 5月 10日	
	住所	守山市下之郷三丁目2番5号	
	電話番号	090-XXXX-XXXX	
がんの治療状況	医療機関名	県立総合病院	
	主治医氏名	滋賀 太郎	
	治療開始時期	令和3年 11月から	
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
他の助成金の受給の有無	有・無		
	助成対象品目	ウィッグ等	乳房補整具 (右・左 両方)
	購入年月日	令和4年 4月 10日	令和4年 5月 2日
	購入金額	15,980円	9,850円
振込先の通帳コピーと同じ内容を記入	申請額 (未満切捨)	上限1万円	上限1万円 (両方の場合上限2万円)
	A	10,000円	B 9,000円
	申請額 (A+B)	19,000円	
振込先	金融機関名	滋賀 銀行 信金 信組 農協	本店・代理店 守山 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	口座番号 123567
	(フリガナ)	モリヤマ ホテル	
	口座名義人	守山 蛭	