

別 記
様式第1号（第4条関係）

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兼請求書

年 月 日

守 山 市 長 あて

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 助成対象者との続柄 _____
 電話番号 _____

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確認することおよび治療を受けた医療機関または調剤薬局等に治療状況について照会することに同意します。

助成対象者	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月 日
	住 所	守山市	
	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 ()	
他の助成金の受給の有無	有 ・ 無		
助成対象経費	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	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円	円
	助成金申請額 (千円未満切捨)	上限1万円 A 円	上限1万円 (両方の場合上限2万円) B 円
	請求額 (A+B)	円	
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店・支店名 本店・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		