

様式第 1 号（第 5 条関係）

南丹市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

南丹市長 様

(申請者)

住所	
氏名	対象者との続柄（ ）
電話番号	

標記補助金の交付を受けたいので、南丹市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

補助対象者	☐ 申請書に同じ	氏 名							
		住 所							
	生年月日				電話番号				
補助対象補整具と金額	補 整 具	ウィッグ等			乳房補整具（②又は③のいずれか）				
	種 類	①ウィッグ			☐ ②補整下着		☐ ③人工乳房		
	購 入 日	年 月 日			年 月 日				
	購入費用（ア）	円			円				
	（ア）の 1 / 2 の額 （イ）	円 ※1 円未満切り捨て			円 ※1 円未満切り捨て				
	上限額（ウ）	1 0 , 0 0 0 円			1 0 , 0 0 0 円				
	申請額（イ又はウの いずれか少ない額）	円（エ）			円（オ）				
申請額合計 （先頭に金又は¥を記入）					円 （エ） + （オ）				
振込先口座	金融機関名	☐ 銀行・ ☐ 信用金庫 ☐ 農協			☐ 本店・ ☐ 支店・ ☐ 出張所				
	預金種別	☐ 普通・ ☐ 当座	口座番号						
	口座名義 （申請者又は補助対象者本人のもの）	(フリガナ)							

<添付書類> ☐ ①がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
☐ ②補整具の購入に係る領収書及びその明細書

南丹市記入欄	審査	可 ・ 否	交付決定額	☐ 申請に同じ	円
--------	----	-------	-------	--------------------------------	---