金沢市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

令和　◇　年　　◇　月　　◇　日

（宛先）金沢市長

申請者

住　所　　金沢市広坂１－１－１

氏　名　　金沢　太郎　　印

対象者との続柄　　本人

電話番号　　〇〇〇－〇〇〇-〇〇〇〇

訂正がある場合は押印してください

がん患者アピアランスケア支援事業費の助成を受けたいので、がん患者アピアランスケア支援事業費実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

なお、次のことについて同意します。

・本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳を確認すること

・転出入先の自治体に助成状況を確認すること

・金沢市が県に対して助成実績に係る情報を提供すること

助成対象者	フリガナ	カナザワ　タロウ		生年月日
	氏　名	金沢　太郎　印（署名又は記名押印）		昭和◇年　◇　月　□　◇　日（　◇◇　歳）
	住　所（申請者と同一の場合は記載不要）	〒		
確認事項		過去に金沢市や他自治体から補整具購入費の助成を受けたことがありますか。 有　・　(無)　有の場合　対象補整具（　　）自治体（　　）		
助成対象経費	補整具の種類	※助成対象経費欄と助成申請額欄は記入しないでください		
	購入日			
	（A）　購入費用			
	（B）（A）×1/2			
	（C）助成限度額			
	（B）又は（C）のいずれか低い額			
助成申請額（①＋②）				
助成対象者振込先	金融機関名	金沢　(銀行)　信用金庫　農協		金沢市役所　本店　(支店)　出張所
	預金種別	(普通)・当座	口座番号	１２３４５６
	フリガナ	カナザワ　タロウ		
	口座名義人	金沢　太郎		

・氏名を印字した場合
・代理人の方が記名した場合　は押印してください

助成対象者と同一の方の口座を記入してください。

添
・
・