

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

年 月 日

(宛先)金沢市長

申請者

住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

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		生年月日
	氏 名	(署名又は記名押印)	年 月 日( 歳)
	住 所 (申請者と同一の場合に記載不要)	〒	(電話番号)
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	ウィッグ(ネット、ウィッグ付き帽子含む)	乳房補整具(左・右)
	購入日	年 月 日	年 月 日
	(A) 購入費用	円(税込)	円(税込)
	(B) (A)×1/2	円 ※1円未満切り捨て	円 ※1円未満切り捨て
	(C)助成限度額	20,000 円	左右各 20,000 円
	(B)又は(C)の いずれか低い額	① 円	② 円
助成申請額(①+②)	円		
助成対象者振込先	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
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- ・補整具の領収書等、商品内容、金額及び購入日がわかる書類
- ・がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類  
(化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等)