

様式第1号(第6条関係)

舞鶴市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

申請者 住所 〒
氏名
(対象者との続柄)
電話番号

舞鶴市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

区分	ウィッグ等	乳房補整具	
種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 毛付き帽子	<input type="checkbox"/> 人工乳房	<input type="checkbox"/> 補正下着
購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入額(ア)	円	円	円
(ア)の2分の1の額 (イ)	円 ※ 1円未満切捨て	円 ※ 1円未満切捨て	円 ※ 1円未満切捨て
上限額(ウ)	30,000 円	30,000 円	10,000 円
申請額 (イ)又は(ウ)のいずれ か少ない額)	円	円	円
申請額合計	円		

2 対象者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。

3 振込口座(次の口座に振込みを依頼します。)

フリガナ 口座名義人			
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・信用金庫・協同組合		
	本店・支店		
	種別	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通	番号
ゆうちょ銀行	記号		番号

※ 申請者本人以外の口座には振込できません。

4 確認事項

- 対象者は、他の制度による補整具の購入に係る助成等を受けていません。
- 私は、市が、審査に必要な情報(住民基本台帳、通院等の状況等)の確認、調査等を行うことに同意します。

署名 _____

5 添付書類

- (1) がん治療に伴う脱毛若しくは乳房の切除があったこと又はそれらが見込まれ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(宛名、購入日、購入金額、購入品目及び個数の明細、金額の内訳並びに領収書発行者の名称の記載があるものに限る。)