

敦賀市長 殿

申請者 住 所

氏 名

補助対象者との続柄

連絡先 ( )

## 敦賀市がん患者アピランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

敦賀市がん患者アピランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、敦賀市がん患者アピランスサポート事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに、補助金を交付されるよう請求します。

補助金の交付が決定された際は、下記の口座に振込みをしてください。

## 記

1 補助対象者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	敦賀市
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区 分	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ※該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	購入日	年 月 日
3 交付申請額 ※購入費用の1/2又は補助上限額の低い方		円
※ 交付決定額（記入不要です）		円
4 添付書類 （添付した書類に☑をつけてください）	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが証明できる書類	
5 今年度の申請回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降	

※補助上限額 20,000 円

＜ 裏 面 ＞

同意確認欄	<p>市が、助成要件の審査のために必要な住民基本台帳の情報や納税の状況を閲覧することに同意します。また、補助要件の審査のために必要な場合、他の自治体に対する申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者（署名）_____</p>		
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店・本所 支所・出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義	フリガナ	

※記入内容に誤りがある時は、改めて申請書を提出いただく場合がありますのでご注意ください。