

様式第1号（第4条関係）

アピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）

加須市長 様

申請者（助成対象者）

住 所

（フリガナ）

氏 名

印

生年月日

年 月 日

電話番号

加須市アピランスケア支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、交付決定を受けた際は、次のとおり助成金を請求します。

なお、交付の要件を確認するため、加須市が保有する個人情報を閲覧すること及び医療機関等に問合せをすることに同意します。

区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等		<input type="checkbox"/> 乳房補整具等		
購入年月日	年 月 日		年 月 日		
購入金額	円		円		
申請額及び請求額	それぞれの購入金額又は上限額（1万円）のいずれか少ない額の金額				
	円		円		
振 込 口 座	金融機関名	本・支店名	分類	口座番号	（フリガナ） 口座名義人
			1. 普通 2. 当座		
	ゆうちょ銀行	記号	番号		（フリガナ） 口座名義人

- 添付書類
- （1） がんの治療を現に受けていること又は受けたことが分かる書類の写し
 - （2） がんの治療に伴う脱毛又は乳房を切除したことが分かる書類の写し
 - （3） アピランスケア用品の購入に係る領収書の写し