

様式第1号（第6条関係）

白山市がん患者アピアランスケア購入費助成申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 白山市長

申請者 住所
氏名 (印)
(口座名義人と同一)
対象者との続柄
電話番号 — —

がん患者アピアランスケア購入費の助成を受けたいので、白山市がん患者アピアランスケア購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

なお、次のことに同意します。

- ・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
- ・転出入先自治体への助成状況を確認すること
- ・白山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		年 月 日 (歳)
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒	電話 — —
確認事項	過去に白山市や他自治体から補整具の購入費用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	種類	ウィッグ(保護用ネット含む)	乳房補整具(左・右)
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入費用 (A)	円(税込)	円(税込)
	(A) の1/2の額 (B)	円 (1,000円未満切捨て)	円 (1,000円未満切捨て)
	助成限度額 (C)	20,000円	左右どちらかのみ 20,000円 両方 40,000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	
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

- がん治療を受けた、または受けていることがわかる書類
(治療や手術に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書 等)
- 補整具の領収書等(購入日、金額及び商品がわかる書類)