

須崎市長 様

須崎市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

須崎市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けるため、須崎市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、須崎市暴力団排除条例第 2 条第 2 号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (助成対象者)		氏 名																	
		住 所																	
		生年月日	年	月	日	電話番号													
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ ・ 乳房補整具								ウィッグ ・ 乳房補整具									
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日								年 月 日									
	購入費用	円 (税込)								円 (税込)									
	交付申請額 ※上限 2 万円	円								円									
添付書類		☐ 補整具の購入に係る領収書の原本 (品名や金額の記載のあるものに限る。) ☐ 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類の写し ☐ 本人確認書類の写し ☐ 市税の完納証明 ☐ その他市長が必要と認める書類																	
口座 名義人	フリガナ																		
	氏名																		
ゆうちょ 銀行	通帳の記号								通帳の番号 (右詰で記入)										
	1					0										1			
ゆうちょ 銀行以外	銀行 金庫 本店								口座番号 (右詰で記入)										
	農協 支店								普通										
信組 労金 出張所								当座											