

羽咋市がんアピアランスケア事業助成申請書

年 月 日

羽咋市長 あて

申請者 住所 〒 _____

氏名 _____

対象者との続柄 ()

電話番号 ()-()-()

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所 申請者と同一の場合は記載不要	〒 _____ 羽咋市	電話番号 ()-()-()
助成対象経費	補整具の種類 (□に✓を)	<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具 (<input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左)
	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円未満切り捨て	円 1,000円未満切り捨て
	助成限度額 (C)	40,000円	左右どちらかのみ 20,000円 左右両方 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		支店名		口座種別			
					普通 ・ 当座			
	口座番号		口座名義 (カナ)					

- (添付書類) がん治療を受けた又は現に受けていることがわかる書類
 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等)
- 補整具の購入に係る領収書等(購入日、品名、金額がわかる書類)
- 同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額がわかる書類
- 振込先のわかる通帳またはキャッシュカードの写し