

福知山市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

福知山市長様

☐ 福知山市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、福知山市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第4条の規定に基づき申請します。

また、本助成金の申請に当たり、次の事項に同意します（☐にチェック☑をしてください）。

- ・過去に福知山市及び他の自治体が実施する補整具購入に係る助成を受けていません。
- ・この事業の実施に当たり、市が助成対象者の住民基本台帳を参照すること及び必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

年 月 日

申 請 者

住 所 〒

氏 名

※対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を御記入ください。

対象者との関係 （ ）

電話番号 （ ）

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 福知山市	電話番号	
	☐ 申請者と同じ		☐ 申請者と同じ	

購 入 し た 補 整 具	区 分	ウィッグ	乳 房 補 整 具	
	補正具の種類	☐ ウィッグ ☐ 毛付き帽子 ☐ その他	☐ 人工乳房 (体内に埋め込まれたものを除く。)	☐ 補整下着 (パッド・傷を保護する専用下着を含む。)
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(ア) 購 入 額	円 (消費税込)	円 (消費税込)	円 (消費税込)
	(イ)アの2分の1 の金額	円 1円未満切捨て	円 1円未満切捨て	円 1円未満切捨て
	(ウ) 助成限度額	30,000 円	30,000 円	10,000 円
	助成対象額 (イ)又は(ウ) いずれか少ない額	円	円	円
	申請額合計	円		

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所					
	口座番号	普通 ・ 当座						
	口座名義	フリガナ						

申請者本人の口座以外に振込みを希望する場合は、委任欄に署名が必要です。

上記の口座に振り込むことに異存ありません。 ※自署の場合は押印不要

申請者

印

