

近江八幡市長 宛

申請者 住 所 近江八幡市
 氏 名
 電話番号

近江八幡市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書

近江八幡市がん患者の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、次のとおり申請します。

対象者	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	近江八幡市	
がんの 治療状況	医療機関名		
	主治医氏名		
	治療方法		
がん治療を受けていることを証する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
購入した 補整用具	種類	購入年月日	購入費用
	<input type="checkbox"/> 医療用等ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整用具(左・右)	年 月 日	円
他の公的助成金の受給の有無		有 ・ 無	

助成金の算定（上限10,000円）			助成金申請金額
補整用具の 購入価格	アの1/2の額	助成単価上限額又は イのいずれか低い額	
ア 円	イ 円	ウ 円	円

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協			本店 出張所	支店 代理店	普通 ・ 当座		
	口座番号							(右詰)	
	フリガナ	-----							
	口座名義人								