

記入上の注意

で囲んでいるところを記入してください。
様式第1号（第4条関係）

助成金交付申請書

年 月 日

四国中央市長 様

申請者

住所
氏名
(助成対象者との続柄)
電話番号 ※日中連絡のつく電話番号

助成金の交付を受けたいので、四国中央市がん患者アピアランスケア支援事業費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

第5条の規定による審査に必要な範囲において、市が住民基本台帳の閲覧並びに関係医療機関及び購入店舗への照会を行うことに同意します。

助成対象者	ふりがな 氏名	☐ 申請者と同じ。 ※助成対象者が未成年の場合は この欄を記入してください。		生年月日	年 月 日
	住所	☐ 申請者と同じ。			
がん治療の 状況	医療機関名	主治医名	治療方法		
			手術・薬物療法・放射線療法 その他 ()		
国又は他の自治体による助成の有無 ☐ 有 ☐ 無					
助成対象 経費	区分	ウィッグ	補整具		
	購入年月日				
	購入費用	円	円		
	交付申請額	円	円		

添付書類

- 1 がん治療を受けたこと又は受けていることが確認できる書類の写し
- 2 補整具等の購入に係る領収書及びその明細書
- 3 市長が必要と認める書類