

様式第1号（第5条関係）

駒ヶ根市がん患者へのアピアランスケア補助金交付申請書（兼実績報告書兼請求書）

令和 年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（地域保健課）

申請者 住所 駒ヶ根市

氏名 印

駒ヶ根市がん患者へのアピアランスケア補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

対象者	フリガナ			生年月日	昭和・平成・
	氏名				年 月 日
	住所	駒ヶ根市		電話番号	
がん治療状況 (実績)	医療機関名 及び診療科				
	主治医氏名				
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療（入院）計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
補助対象経費	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他
			左房用	右房用	
	補整具の内容及び 購入年月日 (領収書の日付) ※複数ある場合は それぞれ記載				
	購入費用計 (税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額	② 円 (①の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (④の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (⑦の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (⑩の1/2の額、 1,000円未満切捨て)
補助対象額	③ 円 (②又は20,000円のど ちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑤又は20,000円のど ちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑧又は20,000円のど ちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑪又は20,000円のど ちらか少ない方の額)	
補助金交付申請金額 (※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。)				円	

【補助金受取口座（申請者と同一名義口座）】

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 支所・出張所
口座番号		(ゆうちょ 銀行の場合)	1 -
預金の種別	普通 ・ 当座		
フリガナ			
口座名義人			