

様式第 1 号 (第 5 条関係)

阿蘇市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

年 月 日

阿蘇市長 様

阿蘇市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、阿蘇市がん患者アピアランスケア推進事業助成金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		電話番号
	氏名		
	住所	〒	生年月日 年 月 日
過去の受給の有無※	有 ・ 無 ※過去に購入助成を受けた事がある場合、「有」に○を付けてください。		
助成申請額	※20,000 円と購入費に 2 分の 1 を乗じた額との低い方の額。 円		

添付書類

- がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛を証明する書類の写し (診療明細書、お薬手帳、手術同意書、治療方針計画書、医師の診断書等のいずれか)
- 用具の購入に係る領収書及びその明細書の写し (購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの)