

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
申請区分 ※今回申請する区分に ○を付けてください。		ウィッグ等	乳房補整具等
過去の受給の有無 ※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。		有（阿蘇市・阿蘇市外） 無	有（阿蘇市・阿蘇市外） 無
助成申請額 ※申請額は、20,000 円または購入費(税込)に 2 分の 1 を乗じた額（千円未満切捨て）のいずれか低い方になります。		(a) 円	(b) 円
合計額		(a) + (b) 円	

添付書類

- がん治療を受けた又は現に受けており、がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形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）