

雲仙市長 様

雲仙市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

雲仙市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請するに当たり、雲仙市が助成金の交付に関し必要な私の住民基本台帳情報について照会又は確認することに同意します。

申請者	フリガナ			助成対象者との続柄 ※対象者が未成年の場合、申請者は法定代理人			
	氏 名	㊞					
	生年月日	年 月 日		電話番号			
	住 所	(〒 —)					
助成対象者	※申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です。						
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所	(〒 —)					
助成対象費用	区 分	ウィッグ等		乳房補整具等			
	過去の受給の有無※1	□ 有 □ 無		(右 ・ 左) □ 有 □ 無			
	購入日	年 月 日		(右 ・ 左) 年 月 日			
	購入金額	円 (税込)		円 (税込)			
	助成金額	円		円			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張所		
	フリガナ	種 別		口座番号			
	口座名義人	普通・当座					
※口座名義人が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 _____ 氏名 ㊞ (申請者との続柄：)							

*1 過去に他の同様の購入助成(他の地方公共団体によるものを含む。)を受けたことがある場合は、「有」に ☒ を付けてください。

【添付書類】

- ☐ がん治療を受けたこと又は現にがんの治療を受けていることが確認できる書類
- ☐ アピアランスケア用品の購入に係る領収書等の写し
- ☐ 申請者の本人確認ができる書類
- ☐ 振込先口座を確認できる通帳等の写し