

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付申請書

あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金の交付について、あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

助成 対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
がんの 治療 状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			☐ 手術 ☐ 薬剤 ☐ 放射線 ☐ その他 ()	
アピア ランス ケア 用品	種別	購入等年月日	助成金交付申請額	
	☐ 医療用ウィッグ ☐ 毛付き帽子 ☐ 人工乳房 ☐ 補整下着 ☐ 弾性着衣 ☐ その他	年 月 日	円	
添付 書類	1 がんの治療を受けていること又は受けていたことを証する書類（診療明細書、治療方針計画書、診断書等） 2 アピアランスケア用品を購入等した日付及び金額の明細が分かる書類 3 その他市長が必要と認める書類			

申請に係る審査をするため、私の住民情報について市の公簿で確認すること及び必要な事項について、関係機関に確認することに同意します。

年 月 日

氏名

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。