

小平市がん患者アピアランスケア助成金申請書

小平市長 殿

小平市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第8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

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	申請者氏名	(※) <small>※本人が自署しない場合は、記名押印してください。</small>	電話番号	-	-	
	申請者住所			助成対象者 との続柄		
申請者が助成対象者本人の場合は、助成対象者欄（二重線内）の記入は不要です。						
助成対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	対象者氏名		電話番号	-	-	
	対象者住所					
治療内容	医療機関名		治療方法	手術 ・ 投薬 ・ 放射線		
	主治医名			その他（ ）		
交付申請額		円 契約額又は上限（20,000円）のうち安い方を御記入ください。				
補整具	種別 いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 1 医療用ウィッグ等（医療用ウィッグ、毛付き帽子） <input type="checkbox"/> 2 着用補整具（人工乳房、補整下着、弾性着衣）				
	契約日	年	月	日	契約形態	購入 ・ 借用
	店名			契約額	円	
審査に必要な情報について、市長が関係機関等に事実の確認や調査を行うこと及び公簿等により確認を行うことに同意します。 氏名 _____ (※) <small>※本人が自署しない場合は、記名押印してください。</small>						

事務処理欄

交付決定額	円	受付印	
-------	---	-----	--