

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

かつらぎ町長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

かつらぎ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

かつらぎ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、申請するにあたり、対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会すること、並びに前住所地等へ照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整下着	人工乳房・人工乳頭	
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
購入費用	円 (税込)	円 (税込)	円 (税込)	
助成金申請額	円	円	円	
申請額の合計額			円	

【添付書類】

- 1 がん治療受診証明書（様式第2号）
- 2 対象医療用補整具購入にかかる領収書