

様式第1号（第6条関係）

甲州市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

（宛先） 甲州市長

甲州市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、甲州市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

なお、この申請にあたり次のことについて同意します。

- ・ 助成要件確認のため、市が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること
- ・ 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- ・ 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

申請者	ふりがな		生年月日	
	氏名			
	住所			
※ 助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。				
助成対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名			
	住所			
今回の医療用補整具について、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。			はい・いいえ	
医療用補整具の種類		購入金額（税込）	購入日	
<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ等		円		
<input type="checkbox"/> 補整下着及びパット		左・右・両方	円	
<input type="checkbox"/> 人工乳房		左・右・両方	円	
助成申請額				
振込先	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			