

第 1 号様式（第 5 条関係）

旭市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

旭市長

住 所  
申請者 氏 名 ④  
電話番号

旭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 5 条第 1 項の規定により、次の事項について確認及び同意の上、関係書類を添えて申請（請求）します。

- (1)申請内容の審査に当たり、私（及び助成対象者）の住民基本台帳及び税情報を閲覧すること。
- (2)他の地方公共団体において同様の助成を受けていないこと。

助成対象者	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同一					
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 旭市					
	生年月日	年 月 日					
区 分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ等			<input type="checkbox"/> 胸部補整具・エピテーゼ			
購入等年月日	年 月 日			年 月 日			
購入等費用額	円			円			
助成金交付申請（請求）額	円			円			
振込先金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合			本店支店所 支 所			
口座番号	普通・当座						
フリガナ							
口座名義							

添付書類

- 公的身分証明書の写し（個人番号カードの写し等）
- がんの治療を受けている又は過去に受けたことがわかる書類（診断書、治療方針計画書、治療に関する説明書等）
- 領収書及び明細書（助成対象経費の支払額、宛名、購入等の日付、発行者がわかるもの）
- 医療用補整具等のレンタルに係る契約が確認できる書類（医療用補整具等をレンタルした場合に限る。）
- 助成金の振込先がわかる書類（通帳の写し等）
- その他必要書類