

記載例

旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

令和 6年 ● 月 ● 日

(宛先) 旭川市長

〒 070-8525

(申請者)

住所 旭川7条通9丁目
総合庁舎4階

氏名 旭川 花子

(助成対象者との続柄) 本人

生年月日 TSHR 40年 1月 1日

電話 090-XXXX-XXXX

アピアランスケア助成金の交付を受けたいので申請します。
また、申請内容の確認等に必要の場合は、助成対象者の住民票
療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについ

申請者と同一の場合は同一
にチェック

対象者 <small>※申請者と同一の場合省略可</small>	フリガナ		生年月日	TSHR	年	月	日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上					
	住所	〒 - -	電話番号	-	-	-	-
治療状況	医療機関名	旭川●●病院	診療科	●●科			
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()					
過去の受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> エピテーゼ)						
助成対象経費	区分	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 胸部補整具		<input type="checkbox"/> エピテーゼ		
			右房用	左房用			
	補整具の内容及び購入年月日	ウィッグ 装着用ネット					
	購入費用計(税込)	① 60,000 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円		
	購入費用計の1/3の額	② 円					
助成対象額	③ 円						
助成金交付申請金額 () 円							
振込先 <small>※対象者の口座 ※対象者が未成年である場合は申請者の口座</small>	金融機関名	旭川 銀行 信金 信組 農協					
	本・支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> (旭川) 支店 支所					
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0 0 1 2 3 4 5			
	(フリガナ) 口座名義人	アサヒカワ ハナコ 旭川 花子					

※対象者(対象者が未成年の場合は申請者)以外の口座を振込先とする場合、「委任状」が必要です。