

様式第 1 号（第 6 条関係）

新見市アピアランスケア（がん患者ウィッグ等購入費）助成金
交付申請書兼請求書

年 月 日

新見市長 様

申請者 住 所
氏 名
連 絡 先

新見市アピアランスケア（がん患者ウィッグ等購入費）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、交付決定後は、交付決定日をもって請求日とし、交付決定額を請求します。

対 象 者 (申請者と対象者が違う場合・同意を得て氏名等を記入してください)	申請者と対象者の関係		☐ 申請者と同じ ☐ その他 ()				
	ふりがな				生年 月 日	年 月 日	
	氏 名						
	住 所	新見市					
助成申請額	対象経費の 1 / 2 (各 3 万円が上限)		☐ ウィッグ 円				
			☐ 補整具等 円				
	計		円				
添付書類	1 助成対象者のがんの診断及び治療に関する書類の写し 2 助成対象経費積算書兼同意書 3 助成対象の購入に係る領収書等 4 その他市長が必要と認める書類						
振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号			口座名義人(フリガナ)
			普通 当座				

※ 担当者所見	交付決定日	年 月 日	交付決定額	円

注 ※の欄は記入しないこと。