

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

令和 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		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	ふりがな		生年	年			
	氏 名		月日	月 日			
住 所	新見市						
助成申請額	対象経費の1/2 (各3万円が上限) (各千円未満切捨)	<input type="checkbox"/> ウィッグ 円 <input type="checkbox"/> 補正具等 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				

補助対象者が未成年の場合は、口座名義人と申請者は保護者で記入してください。

※ 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。