

様式第1号（第5条関係）

幸手市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）幸手市長

住所
 申請者 氏名
 電話番号
 申請者との続柄 本人・（ ）

がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、幸手市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項に係る調査等について承諾します。

記

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所		電話番号				
助成対象経費	アピアランスケア用品の種類	(1) ウィッグ等	(2) 補装具等、エピテーゼ				
	物品名						
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日				
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)				
	助成上限額	③ 10,000円	④ 10,000円				
	助成対象額	①または③のいずれか少ない方の額		⑤または④のいずれか少ない方の額			
⑤ 円		⑥ 円					
申請額		⑤ + ⑥		円			
振込先	金融機関名		本・支店名				
	口座種別	普通・当座		口座番号			
	フリガナ						
	口座名義人						

