様式第１号（第６条関係）

大和郡山市アピアランスケア助成金交付申請書

年　　月　　日

大和郡山市長　様

申請者　　　　　　住所

（交付が決定した場合の　氏名

振込先口座の名義人）電話番号　　　　－　　　　－

大和郡山市アピアランスケア支援事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 | □申請者と同じ□それ以外　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　　名 | □申請者と同じ□それ以外　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 治療したがんの種類 |  |
| 補正具の種類 | 　ウィッグ　・　乳房補正具　・　補正用人工物その他の補正具（　　　　　　　　）※いずれかに○ |
| 購入年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 購　入　額 | 円　 |
| 申　請　額 | 円 | （購入額の２分の１または４万円のいずれか低い方の金額）※千円未満切り捨て |

※添付書類

(1) 抗がん剤治療等又は手術など治療内容を確認できる書類の写し（治療説明書や診断書、治療方針計画書等）

(2) 補正具等を購入したことが確認できる書類（領収書等）

※上記添付書類の他、治療内容や補正具の確認のため、別途資料の提出をお願いする場合があります。