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。