

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		医療用ウィッグ ・ 乳房補正具 (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 2 万円のいずれか低い方の金額)		

※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。