

(あて先) 岡山市長 様

記入例

申請年月日	2023年 5月 20日
-------	--------------

岡山市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書

岡山市がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおりウィッグ等購入費用の助成を申請します。

なお、申請にあたっては裏面の記入事項に同意するとともに、いずれの事項にも該当していることを宣誓します。

申請者	ふりがな	おかやま たろう		助成対象者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親権者
	氏名	岡山 太郎			<input type="checkbox"/> 未成年後見人	<input type="checkbox"/> 成年後見人
	住所	〒 700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1			※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	
	電話番号	090-1111-2222		※日中に連絡可能な電話番号		
助成対象者	ふりがな			生年月日		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		1976年 7月 7日		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 岡山市				
がんの治療機関等	医療機関名			主治医名		
	〇〇病院			〇〇 〇〇		
助成対象経費	購入金額			購入日		
	全頭用ウィッグ	(ア) 例① 66,000	例② 55,000	円(税込) 2023年 5月 3日		
	装着用ネット	(イ) 1,980	980	円(税込) 2023年 5月 3日		
	(ア)(イ)の合計額	(ウ) 67,980	55,980	助成申請額	【ウの1/2の額(1,000円未満切り捨て)または30,000円のいずれか低い額】	
			(エ) 例① 30,000	例② 27,000	円	
添付書類 ※全て <input checked="" type="checkbox"/> をつけること	<input checked="" type="checkbox"/>	①がん治療に関する書類(コピー可) ※がん患者氏名、医療機関名、がん治療【例】化学療法等に関する説明書や治療				
	<input checked="" type="checkbox"/>	②ウィッグの購入に係る書類 ※購入者氏名(申請者又は助成対象者)台数及び領収書発行元の名称の記載が明【例】領収書など(複数添付による確認)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	③振込先口座の確認書類のコピー ※金融機関名、支店名、口座種別、口座				
※担当課所見 市使用欄のため記入不要						

注 担当課所見欄は記入しないこと。

振込先	金融機関名	〇〇銀行		支店名	〇〇支店	支店番号	123
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	1112223		
	フリガナ	オカヤマ タロウ					
	口座名義	岡山 太郎		口座名義人 = 申請者 です。			

注 ※ 口座名義欄へは申請者氏名を記入してください。(助成金は申請者の口座へ振り込みます。)

注 ※ 助成対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に親権者等法定代理人の氏名等を記入してください。

裏面を必ずご確認ください