

第1号様式（第5関係）

年 月 日

調布市長宛

(申請者)

住所

氏名

助成対象者との続柄

電話番号

調布市がん患者等アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

調布市がん患者等アピアランスケア支援事業による助成金を受けるため、調布市がん患者等アピアランスケア支援事業実施要綱第5の規定により申請します。

また、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録を調布市が調査することについて同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日生
	住所	〒 調布市	
治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			手術・放射線・薬剤 その他（ ）
治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 ・ その他（ ） ※重度の脱毛症の場合、原則「診断書」が必要です。		
今回購入等した補整具等の種類	(1)ウィッグ(ネット・帽子を含む) (2)補整下着, シリコンパッド等	購入等年月日	年 月 日
購入等額	円	申請額	円
本事業による助成歴	1. 有 →以下を御記入ください。 助成決定年月 年 月 助成を受けた補整具等の種類(ウィッグ/補整下着, シリコンパッド等) 2. 無		

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		支店
振込口座	預金種別	普通 ・ 当座 (いずれかに○)	口座番号
口座名義(カタカナ)			
口座名義			

※お振込口座は、助成対象者のものとします。

※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。