

記入例



- ・ **黒ボールペン**でご記入ください。消えるボールペンや鉛筆は使用不可。
- ・ 訂正する場合は、**二重線で訂正**のうえ、訂正箇所の付近に**補助対象者の氏名**をご記入ください。
※修正テープなどは使用不可。
- ※「補助金申請金額(ウ)」欄は**訂正不可**のため、訂正する場合は新しい用紙に書き直してください。

第1号様式（第5条関係）

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金交付申請書兼請求書

(あて先) 日野市長

令和 ● 年 ● 月 ● 日

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請いたします。また、補助金決定後は、その決定額を請求します。なお支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。また、申請にあたり、日野市長が、補助対象者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

補助対象者	フリガナ	ヒノ ハナコ		
	氏名	日野 花子		
	住所	日野市日野本町 1-6-2		
	生年月日	●●●● 年 ● 月 ● 日 (●● 歳)		
	TEL	042-581-4111		
がんの治療状況	医療機関名	△△病院		
	治療開始時期	●●●● 年 ● 月から		
	治療方法	①手術 ②放射線 ③薬剤 ④その他 ()		
購入(レンタル)した補整具	種別	購入(レンタル)年月日	購入(レンタル)額	合計
	医療用ウィッグ等	●●●●年●月●日	10,000円	
		●●●●年●月●日	15,000円	2
申請金額の算定	購入(レンタル)合計金額(ア)	補助上限額(イ)	(ア)と(イ)のいずれか低い額(ウ)	補助金申請金額(ウ)
	25,000円	20,000円	20,000円	¥20,000円
確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる対象経費について、過去、または他の法令等に基づく同種の補助等の受給の有無 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けている(受けた)ことを証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書 <input checked="" type="checkbox"/> 治療計画書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 領収書の原本及びその明細書原本			
振込先	金融機関名	●●●● 銀行 信金 信組 農協	●●●● 本店 支店	出張所 普通当座
	口座番号	1234567	金融機関コード	1234 店番号 000
	口座名義人	※上記申請者と同一 (フリガナ) ヒノ ハナコ 日野 花子		
※口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。 【委任状】 私は、上記の口座名義人に当該補助金の受領について委任いたします。 年 月 日 (申請者) 氏名				

日中連絡のつく番号

複数まとめて申請する場合は、1つずつご記入ください。

赤枠の欄は訂正不可。訂正する場合は、新しく書き直してください。金額に迷う場合、空欄でご提出ください。

書類がそろっていることを確認のうえ、該当項目すべてに○をつけてください。左記の添付書類のほか、「本人確認書類」の提出が必要です。

口座名義人と補助対象者が異なる場合は、委任状をご記入ください。