

福井県知事 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ⑩
 (補助対象者との続柄)
 電話番号 () _____

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書および請求書

がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要領第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区 分	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ※該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	購 入 日	年 月 日
3 交付申請(請求)額 ※10,000円または 購入額の低い方		円
4 添 付 書 類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが証明できる書類 <input type="checkbox"/> 納税状況の確認に関する同意書または福井県（福井県税事務所、嶺南振興局税務部）が発行する全税目に関する納税証明書	

※裏面もご記入ください

5 振込先（申請者と補助対象がん患者が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください）

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別 ※該当するものに○印	1.普通	2.当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--

(注) 申請した後、振込先口座に変更（解約）があった場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：福井県健康福祉部保健予防課（TEL 0776-20-0349）