

記入例 1 申請書

様式第 1 号（第 5 条関係）

↓ 記入不要です

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所 あきる野市二宮 350 番地

氏 名 あきる野 花子

電話番号 558-1111

★申請書 1 枚につき 1 個の申請ができます。

★申請できる回数は同一の者につき 2 回を
限度とします。

必ず日中に連絡が取れる電話番号をご
記入ください。

あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付申請書

あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金の交付について、あきる野市
がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係
書類を添えて下記のとおり申請します。

記

＜治療方法＞がんの治療を受けたこと
が確認できる資料（治療方針計画書
等）の情報に合わせてください。

助成 対象者	フリガナ	アキルノ ハナコ		
	氏 名	あきる野 花子		
がんの 治療 状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
	〇〇クリニック	〇〇 〇〇	☒ 手術 ☐ 薬剤 ☐ 放射線 ☐ その他（ ）	
アピア ランス ケア 用品	種別	購入等年月日	助成金交付申請額	
	☒ 医療用ウィッグ ☐ 毛付き帽子 ☐ 人工乳房 ☐ 補整下着 ☐ 弾性着衣 ☐ その他	令和 7 年 5 月 1 日	10,000 円	
添付 書類	1 がんの治療を受けていること又は受けていたことを証する書類（診療明 細書、治療方針計画書、診断書等） 2 アピアランスケア用品を購入等した日付及び金額の明細が分かる書類 3 その他市長が必要と認める書類			

申請に係る審査をするため、私の住民情報について市の公簿で確認すること及び必要な事
項について、関係機関に確認することに同意します。

令和〇年〇月〇日

氏名 あきる野 花子

※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。