

第1号様式（第5条関係）

草加市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住 所

ふりがな  
氏 名

申請者 (対象者との続柄 )

電話・FAX番号 ( )

メールアドレス

草加市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、申請に当たり、次のことに同意します。

(同意の場合□にチェック)

- 草加市補助金等の交付手続等に関する規則草加市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱が適用されること。
- 補助要件確認のために、市が保有する個人情報を読覧及び調査すること。
- 当該申請書及び添付書類につき、医療機関等へ問い合わせること。

対 象 者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
補 助 対 象 費 用	区 分	ウィッグ等	その他補整具	
	購 入 物 品			
	購 入 年 月 日 <small>(複数購入の場合は、最も古い購入日を記入)</small>	年 月 日	年 月 日	
	購 入 合 計 金 額	① 円(税込)	② 円(税込)	
	補 助 上 限 額	③ 10,000円	④ 10,000円	
	補 助 対 象 額	⑤ 円 <small>(①又は③のいずれか低い額)</small>	⑥ 円 <small>(②又は④のいずれか低い額)</small>	
	申 請 額	円 (⑤と⑥の合計額)		