

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

宮古市長 あて

申請者 住所 〒

氏名

電話番号

宮古市アピアランスケア購入費用助成金交付申請書

宮古市がん患者のアピアランスケア購入費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり宮古市アピアランスケア購入費用助成金の交付を申請します。

(フリガナ)			
対象者氏名			
生年月日	年	月	日 (満 歳)
住 所	〒		
補正具の種類	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具 (右・左)		
購入金額	円	購入日	年 月 日
交付申請額	円 (助成限度額又は購入経費の 2 分の 1 の額のいずれか低い方の額)		

添付書類

- (1) がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し
- (2) 補正具の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し (領収証書等)
- (3) その他市長が必要と認める書類