

第1号様式（第5条）

府中市がん患者へのアピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

府 中 市 長

府中市がん患者へのアピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、府中市がん患者へのアピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、申請に当たり助成要件の確認に必要な住民記録を府中市が調査することについて同意します。

申請者（補正具の購入・使用をする方）に関する情報	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日	電 話	— —
	が ん の 治 療 状 況	医療機関名	主治医氏名	治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他（ ）
	確 認 書 類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類（ ）		
	補 正 具 の 種 類	1. ウィッグ（帽子を含む。） 2. 胸部補正具	購入又はレンタル開始年月日	年 月 日
	金 額	円	申 請 額	円
助 成 歴	1. 有 →助成決定年月… 年 月 2. 無			