

様式第1号（第5条関係）

鹿島市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿島市長 松尾 勝利 様

鹿島市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、鹿島市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、鹿島市が私の市税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

記

申請者 (助成対象者)	氏名	印		
	住所	鹿島市		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
助成対象経費		円	購入日	令和 年 月 日
交付申請・請求金額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		支店・支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			

※ 次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、

にチェックをお願いします。

がんに係る医療を現に受けている又は過去に受けていた

鹿島市に住所を有する

鹿島市税等の滞納がない

当該年度において、他市町から同種の助成等を受けていない

※ 添付書類

(1) がんと診断されたことのわかる書類

(2) 医療用補正具等の購入に係る領収書の写し

(3) 申請者と口座名義人が違う場合は、委任状を添付すること