

様式第1号（第5条関係）

伊達市がん患者アピアランスサポート事業助成金申請書

年 月 日

（宛名）伊達市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 続柄() _____
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____
 電話番号 _____

伊達市がん患者アピアランスサポート事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり助成を申請します。

対象者 □申請者と同じ	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	
	電話番号		
がんの 治療状況	医療機関名		
	主治医名		
	治療方法		
他制度での助成金申請 又は受給の有無	<input type="checkbox"/> あり（自治体名と受給年： _____） <input type="checkbox"/> この事業と同様の助成金の申請又は受給をしたことがありません		
助成金申請額	<input type="checkbox"/> 30,000円 <input type="checkbox"/> 30,000円未満(_____ 円)		
振込先	銀行・信用金庫・(_____)		本店 ・ _____ 支店
	種別	口座番号	カタカナ 口座名義人
	普通・当座	_____	
受領委任払を 希望する場合	上記、助成金の受領に関することを第6条の規定により次の事業者委任します。 委任業者名 _____ 申請者署名 _____		