

様式第1号(第5条関係)

明日香村アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)明日香村長

申請者  
住所  
氏名  
対象者との続柄( )  
電話番号

明日香村アピアランスケア支援事業実施要綱に基づき、以下のとおり申請します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			
治療状況	医療機関名			
	治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 ・ その他( )		
	補整具	医療用ウィッグ ・ 乳房補整具		
	他からの助成	有 ・ 無	※いずれかを○で囲んでください。	