

乳がん患者への助成金応援事業（たちばな基金）申請書

令和 年 月 日

ピンクリボン活動みやぎ実行委員会
会 長 尾 上 和 広

たちばな基金の助成金の交付を受けたいので、下記を申請します。

申請者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒		
	対象者との続柄	()	*ご本人様の場合は、太枠の記入は不要です。	電話番号
対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 電話番号		
乳がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			手術・放射線・薬剤 その他 ()	
乳がん治療を受けていることを証する書類	・治療の同意書 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 () ※いずれかを○で囲んでください。			
助成対象品	購入年月日	購入品名		
	年 月 日			
購入費（税込）	・助成対象品購入の領収書等の写しを添付 購入費 _____ 円			

※2 振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は申請者の口座になります。

【事務局記載欄】

助成金確定金額	購入費の2分の1（千円未満切り捨て）の額とする。ただし、助成金額は上限金額までとする。	_____ 円
---------	---	---------

*ご記入いただきました個人情報につきましては、助成金交付以外には使用しません。