

中間市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

中間市長 様

(申請者)
住 所
氏 名
(交付対象者との関係)
電 話 番 号 ()

中間市アピアランスケア推進事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、交付決定後は、助成金の交付を請求しますので、決定額を振込先口座に振り込んでください。

1 交付対象者

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所 連 絡 先	申請者と同じ場合は記入不要 中間市 電話番号： ()		

2 助成対象経費

助成対象用具	購 入 費	購 入 日	区 分
医 療 用 ウ ィ ッ グ	円	年 月 日	医療用ウィッグ等
装 着 用 ネ ッ ト	円	年 月 日	
毛 付 き 帽 子	円	年 月 日	
補 整 パ ッ ド	円	年 月 日	補整具等
補 整 下 着	円	年 月 日	
専 用 入 浴 着	円	年 月 日	
弾 性 着 衣	円	年 月 日	
エ ピ テ ー ゼ	円	年 月 日	

3 交付申請額

医療用ウィッグ等	補整具等
20,000円と購入費の合計の1/2（1,000円未満切捨て）のいずれか低い額	10,000円と購入費の合計の1/2（1,000円未満切捨て）のいずれか低い額
円	円

4 確認事項（□にチェックを入れてください。）

☐ 私は、助成対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は地方公共団体による助成金と同種同額の助成その他の給付を受けていません。

☐ 私は、市が助成金の交付を行うに当たり、交付対象者の要件を満たしていることを確認するために、市の住民基本台帳及び課税台帳を閲覧することに同意します。

年 月 日 署 名

5 添付書類（添付した書類の□にチェックを入れてください。）

☐ 助成対象用具の購入に係る領収書及び明細書（購入日、品目、金額及び個数が分かるもの）

☐ がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類（診療明細書等）

☐ 交付対象者の属する世帯の世帯員全員の所得及び課税額を証明する市区町村長が発行する書類

☐ 振込先口座が確認できる書類

6 振込先口座

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
口 座 名 義 人	フリガナ	預金種目	普通 ・ 当座					
		口座番号 ※右詰め						