

申請日 年 月 日

玉名市長 様

がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

玉名市がん患者アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、玉名市がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第5条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請に当たり、玉名市が住所等の確認のための住民基本台帳の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日		
	氏名	Ⓜ		年 月 日	
	住所	〒 - 玉名市			
	電話番号				
申請者	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ。 <input type="checkbox"/> 代理申請の場合、助成対象者との続柄（ ）				
	フリガナ		生年月日		
	氏名	Ⓜ		年 月 日	
住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ。 電話（ ） 〒 - 玉名市				
交付対象経費	対象区分(ア)	①ウィッグ等(助成金上限額2万円)		②乳房補整具等(助成金上限額2万円)	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	円(税込み)		円(税込み)	
交付対象経費(イ) <small>購入金額×1/2、千円未満切捨</small>	円		円		
交付対象経費(ウ) <small>(ア)又は(イ)のいずれか低い額</small>	ウィッグ等 円	乳房補整具等 円	交付申請合計金額 円		
過去の受給状況	<input type="checkbox"/> これまでに本事業及び他事業から、同種の用具に係る助成等を受けたことはありません。 <input type="checkbox"/> ある場合：助成を受けた年月（ 年 月） 助成を受けた対象区分 ①ウィッグ等 ②乳房補整具等 ③その他（ ）				
確認事項	<input type="checkbox"/> 市税等の滞納がない。 <input type="checkbox"/> 暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない。				
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けていた）ことが分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容及び発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 助成対象者本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> （代理申請の場合）助成対象者との続柄が確認できる書類の写し、代理人の本人確認書類の写し及び委任状				
振込先	金融機関名	銀行 金庫・組合		本店 支店	口座種別 1. 普通 2. 当座
	口座番号			フリガナ	
				口座名義	