

吉野ヶ里町アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

吉野ヶ里町長 様

(申請者) (〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

吉野ヶ里町アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。また、交付決定があった場合には、助成金を指定の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

1. 申請内容（下記の内容について、チェック欄があるものは該当するものに☑をつけてください）

① 助成対象者 申請者に同じ☐	氏 名			
	住 所			
② 助成対象者 生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)			
③ 助成対象経費	用具	購入金額	購入日	区分
	医療用ウィッグ	_____円	____年__月__日	医療用ウィッグ等
		_____円	____年__月__日	
	補正パッド	_____円	____年__月__日	補正具等
	補正下着	_____円	____年__月__日	
	_____円	____年__月__日		
④ 交付申請額	医療用ウィッグ等		補正具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1円未満切り捨て)のいずれか低い額 _____円		20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1円未満切り捨て)のいずれか低い額 _____円	
⑤ 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いいえの場合は助成事業名を以下に記入) [ _____ ]
⑥ 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 住民票〔申請日に在住〕(下記照会の同意をされた場合は省略することができます) ※吉野ヶ里町住民基本台帳の記録に関する事項を照会することに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	<input type="checkbox"/> 治療方針計画書や手術や化学療法の同意書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類			
	<input type="checkbox"/> 領収書及びその明細書(購入日、品目、金額、個数がわかるもの、写しも可) ※ 助成を行うにあたり、医療機関への治療内容に関することや、用具の購入先への購入内容に関することについて照会・確認することがあります。(同意がない場合、助成できないことがあります) 照会・確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

2. 請求内容（次の口座への振込みを依頼します。）※申請者本人以外の口座に振り込みできません。

振込先	金融機関名	銀行	本店	口座種別	1. 普通
		信用金庫・組合	支店	※該当するものに○印	2. 当座
	口座番号		(フリガナ)		
			口座名義		