

壱岐市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

壱岐市長 様

壱岐市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な庁内関係機関への照会をすることについて同意します。

申請者	フリガナ		助成対象者との続柄 ※対象者が未成年者の場合、申請者は法定代理人		
	氏名				
	生年月日	年 月 日	電話番号		
	住所	(〒 -)			
助成対象者	申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です。				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	住所	(〒 -) 壱岐市			
交付要件	全て該当する場合が対象です。確認の上、□にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 申請日において壱岐市に住所を有している。 <input type="checkbox"/> がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていた。 <input type="checkbox"/> 市税等の滞納がない。 <input type="checkbox"/> 他の制度において、同種の用品の購入費用の補助又は給付を受けることができない。 <input type="checkbox"/> 過去に本助成金又は他地方公共団体等から他の制度による同趣旨の補助金等を受けていない。				
助成対象の種類		購入日	購入金額 ア	助成対象額 イ (ア×1/2)	助成申請額 イ又は助成上限額の いずれか少ない額
区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	年 月 日	円	円 (千円未満切捨て)	(1) 円
	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等	年 月 日	円	円 (千円未満切捨て)	(2) 円
助成申請額 ※(1)、(2)の合計を記入してください。				合計	円

添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療受診証明書（様式第2号）又は同等の証明書 <input type="checkbox"/> 領収書（「申請者名」又は「助成対象者名」、「購入日」、「品目」、「購入金額」、「領収書発行元」等が分かるもの。写し可） <input type="checkbox"/> 申請者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し <input type="checkbox"/> 委任状（様式第3号）（助成対象者と申請者が違う場合。助成対象者が未成年者の場合は不要）
------	---

振込先口座

金融機関名等	金融機関名	支店名	種類	口座番号
			普通・当座	
フリガナ 口座名義人				