

笛吹市長 様

申請者 住所
 氏名
 生年月日
 電話番号
 交付対象者との関係 本人・

がん患者アピアランスケア事業補助金申請(請求)書

がん患者アピアランスケア事業補助金の交付を受けたいので、笛吹市がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり同意の上、申請(請求)します。

- 要件の該当性を審査するため、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- 市から県に対してこの補助金の実績に係る情報を提供することに同意します。

※申請者が補助金の交付対象者と異なる場合のみ記入してください。						
交付対象者	住所	〒				電話番号
	フリガナ氏名		生年月日	
補助金の交付を受けようとする補整具の購入費用について、本制度又は他の制度による補助等を受けたことがある。					<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合は、対象外です。	
交付対象経費	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ帽子	<input type="checkbox"/> 乳房用の補整下着		<input type="checkbox"/> 人工乳房・乳頭	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
	購入日					
	購入費用(税込)	ア 円	エ 円	キ 円	コ 円	ス 円
	限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 20,000円	サ 100,000円	セ 100,000円
対象額	アとイのいずれか低い額	エとオのいずれか低い額	キとクのいずれか低い額	コとサのいずれか低い額	スとセのいずれか低い額	
	ウ 円	カ 円	ケ 円	シ 円	ソ 円	
補助金申請(請求)額			円(※対象額欄の合計額を記入してください。)			
振込先	金融機関名			本支店名		
	預金種別	普通・当座		口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				
添付書類(必須)	1	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等(写し可)				
	2	<input type="checkbox"/> 購入した補整具の領収書				
	3	<input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳などの写し				
	4	<input type="checkbox"/> 交付対象者の本人確認書類(写し可。交付対象者と申請者が異なる場合は、申請者の本人確認書類も必要です。)				

※申請(請求)書の該当する項目にチェック(☑)してください。