

アピアランスケア支援事業費補助金交付申請書

空欄にしてください

年 月 日

(宛)

対象者本人の申請が原則ですが、代理で申請される場合は委任状が必要です。「請求書(第3号様式)」の申請者も同じ方にしてください。

申請者 住所 弥富市前ヶ須町南本田335
氏名 (自署) 弥富花子
補助対象者との続柄 本人
電話番号 65-1111

弥富市アピアランス支援事業補助金交付要綱に基づき、下記のとおり補助金を申請します。なお、申請に当たり、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせすることに同意します。

記

対象者	ふりがな			生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院			
	疾患名	乳がん			
	治療方法	手術 放射線 薬剤 その他 ()			
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	・お薬手帳 治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。				
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有		無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	令和4年4月2日		令和4年5月20日	
	領収書の名前及び本人との続柄	弥富花子 (続柄 本人)		弥富花子 (続柄 本人)	
	購入費用	① 38,500 円 (税込)	② 66,000 円 (税込)		
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1,000円未満切捨て 19,000 円	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) ※1,000円未満切捨て 20,000 円		
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)				39,000 円	
				助成対象となるものの金額(税込)を記載 円	

治療内容のわかるものを添付してください。ウィッグ:病名、抗がん剤の処方日など 乳房補整具:病名、手術内容など

助成対象となるものの金額(税込)を記載

- ※1 補助対象者が未成年の場合は、保護者の同意を得る必要があります。
- ※2 補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

アピランス支援事業補助金交付請求書

空欄にしてください

年 月 日

(宛先) 弥富市長

申請者は「申請書(第1号様式)」と同じ方にしてください。

申請者 住 所 弥富市前ヶ須町南本田335

氏 名 弥富花子

電話番号 65-1111

弥富市アピランスケア支援事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

金額は空欄にしてください

補助金請求額 金 _____ 円

振込先	金融機関名	〇〇 <u>銀行</u> 信用金庫 農 協	支店名	〇〇 本店 <u>支店</u>
	フリガナ	ヤトミ ハナコ		
	口座名義人	弥富 花子		
	預貯金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇

口座名義人と申請者は同じ方になります。

※振込先は、申請者本人の口座に限ります。

※振込先がゆうちょ銀行の場合は、「記号・番号」ではなく、【店名・口座番号】

を

記入してください(店名は漢数字です)。