第１号様式（第５条関係）

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

（宛先）弥富市長

対象者本人の申請が原則です。
代理で申請される場合は委任状が必要です。（同居家族、申請者が未成年の場合は不要）
「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　前ケ須町南本田３３５
氏　名（自署）　弥富　花子
補助対象者との続柄　本人
電話番号　0567-65-1111

事業費補助金交付要綱に基づき、下記のとおり補助金を
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	S〇年〇〇月〇〇日
	氏　名	☑申請者と同じ		
	住　所	☑申請者と同じ		

治療内容のわかるものを添付ください。
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
エピテーゼ：病名、手術内容など

がんの治療状況	医療機関名	△△病院
	疾患名	△△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又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類	・お薬手帳　・治療方針計画書　・同意書 ・その他（　　） ※いずれかを〇で囲み、写しを添付してください。	

		ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
補助対象経費	補整具について他からの助成の有無	（無）・　有	（無）・　有	（無）・　有
	購入年月日（領収書の日付）	令和７年　５月　１日	令和７年　６月　１日	令和８年　８月　１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）	弥富花子（続柄本人）
	購入費用	①100,000 円（税込み）	②80,000 円（税込み）	③120,000 円（税込み）
	補助対象額	④（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 20,000 円	⑤（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	⑥（③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

助成対象となるものの金額（税込）を記載

補助金交付申請額（④と⑤と⑥の合計額を記入してください。）	60,000 円
（弥富市記載欄）補助決定金額	60,000 円

※　補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※　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。

第３号様式(第７条関係)

アピア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 住　所　弥富市前ケ須町南本田３３５
氏　名　弥富　花子
電話番号　0567-65-1111

弥富市アピア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。

申請者は「申請書（第１号様式）」と同じ方にしてください

記

補助金請求額　金　円　← 空欄にしてください

振込先	金融機関名	○○○　銀行 / 信用金庫 / 農協	支店名	△△△　本店 / 支店
	フリガナ	やとみ　はなこ		
	口座名義人	弥富　花子		
	預貯金種類	☑普通　□当座	口座番号	１２３４５６７

※　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）。