

えびの市アピアランスケア支援助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

えびの市長 宛て

補整具に係る購入費助成金の交付について、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。助成金の交付が決定されたときは、下記口座へ振込いただきますようお願いいたします。

また、審査のため、市が以下の確認及び調査を行うことに同意します。

- ・申請者及び助成対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
- ・助成対象者の属する世帯全員の市税等に関する納税状況を確認すること
- ・医療機関に治療内容を照会すること、補整具購入先に購入内容を照会すること

申請者	ふりがな		生年月日	
	氏名			年 月 日
	住所	〒	助成対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	電話番号			<input type="checkbox"/> 同一世帯
			<input type="checkbox"/> その他 →委任状 () 添付	

申請者が助成対象者本人でない場合、以下の欄に助成対象者について記入してください。

助成対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名			年 月 日
	住所	〒	電話番号	

過去の助成等の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (助成された補整具 _____)
-----------	--

交付を申請する補整具 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 補整具等
購入年月日		年 月 日	年 月 日
購入金額 (税込み)	(ア)	円	円
助成限度額	(イ)	20,000円	10,000円
(ア)と(イ)を比べて低い金額	(A)	円	円
交付申請額 ((A)の合計)			円

添付した書類 に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて ください	<input type="checkbox"/>	がんの治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書などのいずれかの書類の写し ※補助対象者の氏名、医療機関名、がんの診断名、がんの治療内容が記載されているもの
	<input type="checkbox"/>	ウィッグ等又は補整具等の購入に係る領収書等の原本 ※補助対象者の氏名、購入年月日、品名及び購入金額の記載があるもの
	<input type="checkbox"/>	振込みを希望する金融機関の通帳の写し ※金融機関名、支店等名、預金種別、口座名義 (カタカナ)、口座番号の記載ページ
	<input type="checkbox"/>	現住所及び生年月日が確認できる書類の写し ※マイナンバーカード、運転免許証等
	<input type="checkbox"/>	委任状 (様式第2号) (助成対象者がやむを得ない事情で申請できず、申請を委任する場合のみ) ※助成対象者が未成年で、保護者が申請する場合は不要

振込先*	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 営業部 支店 出張所
	預金種別	1 普通 2 当座 3 ()	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

※ 原則本人。未成年の場合は家族可。