

都城市アピランスケア等支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

都城市長 宛て

補整具に係る購入費補助金の交付について、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

補助金の交付が決定されたときは、次のとおり請求します。

なお、審査のため、市が申請者及び補助対象者の住民基本台帳を確認することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	
	氏名			年 月 日
	住所	〒 都城市	補助対象者 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	

申請者が補助対象者本人でない場合、以下の欄に補助対象者について記入してください。

補助対象者 ※	ふりがな		生年月日	
	氏名		□申請者と同じ	年 月 日
	住所	〒 都城市	電話番号	

※請求においては本人

過去の補助等の有無	ウィッグ又は乳房補整具に係る過去の購入費補助等の給付の有無 □ 無 ・ □ 有 ⇒ (補助された補整具)
-----------	---

交付を申請する補整具 該当項目に☑	□ ウィッグ (18歳以下)	□ ウィッグ (19歳以上)	□ 乳房補整具
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入金額(税込み) (ア)	円	円	円
補助限度額 (イ)	40,000円	20,000円	10,000円
(ア)と(イ)を比べて 低い金額 (A)	円	円	円
交付申請額 ((A)の合計)			円

添付した書類 に☑をつけて ください	<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"/>	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 脱毛の症状があることがわかる医療機関から出された書類 ※補助対象者の氏名, 医療機関名, 診断名, 脱毛症状について記載されている診断書等
	<input type="checkbox"/>	ウィッグ又は乳房補整具※ ¹ の購入に係る領収書の原本 ※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※1「補整(正)」 又は「人工乳房」の記載があるもの。記載がない場合は商品のカタログの写しが必要
	<input type="checkbox"/>	振込みを希望する預金通帳の写し ※金融機関名, 支店名, 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"/>	市税の滞納のない証明書 ※市税の納税状況調査に同意する場合は、不要。別紙の同意書提出が必要。
	<input type="checkbox"/>	委任状(様式第2号)(補助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) ※補助対象者が未成年で、保護者が申請する場合は不要

振込先※ ²	金融機関名	銀行・信用金庫 (銀行コード:) 本店・支店 (支店コード:) 出張所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

※2 原則本人。未成年の場合は家族可。