

筑後市長 様

筑後市アピアランスケア推進助成金交付申請書兼請求書

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

筑後市アピアランスケア推進助成金の交付を受けたいので、筑後市アピアランスケア推進助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、交付決定後は本申請書をもって、筑後市アピアランスケア推進助成金を請求するものとします。

1 助成対象者	氏 名			生年月日	年 月 日
	住 所				
2 助成対象経費	区分	用具	購入金額		購入日
	医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	_____円		____年__月__日
		装着用ネット	_____円		____年__月__日
		毛付き帽子	_____円		____年__月__日
	補整具等	補整パッド	_____円		____年__月__日
		補整下着	_____円		____年__月__日
		専用入浴着	_____円		____年__月__日
弾性着衣		_____円		____年__月__日	
	エビテーゼ	_____円		____年__月__日	
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等		
	_____円		_____円		
4 確認事項 (該当する場合は☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではない <input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、県内他地方公共団体による助成又は医療保険各法による給付を受けていない				
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 市内に住所があることが分かる書類 <input type="checkbox"/> がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 世帯員全員の所得及び課税額を証明する市町村が発行する書類 <input type="checkbox"/> 筑後市アピアランスケア推進助成金交付申請に係る調査同意書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 助成対象経費に係る領収書及び明細書の写し				
6 振込先 (該当するものに○をつけてください)	金融機関名	銀行・信用金庫 組合・()		本店・支店 支所・出張所	
	口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号	
	※ゆうちょ銀行の場合 (フリガナ)	記号			番号
	口座名義				

※交付申請額は購入金額の1/2となります。(上限額：医療用ウィッグ等2万円、補正具等1万円)
 交付申請額は、1,000円未満は切捨てとなります。