

南国市長 様

南国市がん患者アピランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、南国市がん患者アピランスケア支援事業費補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな			補助対象者との続柄・関係	※補助対象者から見た続柄・関係を記入
	氏名	印 ※本人自筆の場合は押印不要			
	住所	電話番号 () -			
補助対象者（補整具の使用者）	(該当する□に✓をしてください。)				
	<input type="checkbox"/> 補助対象者（補整具の使用者）は申請者本人です → 以下の生年月日（年齢）欄のみ記入 <input type="checkbox"/> 申請者は、補助対象者（補整具の使用者）の法定代理人（親権者、未成年後見人、成年後見人）です → 補助対象者（補整具の使用者）について、以下の全ての項目に記入 <input type="checkbox"/> 私（補助対象者（補整具の使用者））は、申請者に補助金の申請並びに請求及び受領の権限を委任します → 補助対象者（補整具の使用者）について、以下の全ての項目に記入				
	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名		（年齢）	（ 歳）	
住所	電話番号 () -				
補整具の種類			購入日	購入費用（税込）	
<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（右乳房・左乳房）		年 月 日	円	
<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（右乳房・左乳房）		年 月 日	円	
<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（右乳房・左乳房）		年 月 日	円	
			合 計	円	
補助金交付申請額 ※購入費用の合計額又は2万円のいずれか低い額				金	円
同意事項	次の事項について同意します（□に✓をしてください）。 <input type="checkbox"/> 補助金の交付の決定のために、補助対象者の住民基本台帳の情報及び南国市税等の納付状況について、南国市が調査すること。 <input type="checkbox"/> 補整具の購入先に対して、南国市が購入内容について照会すること。 <input type="checkbox"/> 高知県に対して、南国市が当該申請に係る情報を提供すること。				
確認事項	次の事項について確認しました（□に✓をしてください）。 <input type="checkbox"/> 過去にこの補助金又は他の市区町村等からの同様の補助金等を受けていません。 <input type="checkbox"/> 補整具について、医療保険各法による医療に関する給付又は国若しくは他の市区町村等の補助制度の対象ではありません。				
添付書類	以下の添付書類を添付しました（□に✓をしてください）。 <input type="checkbox"/> 補整具を購入したことを証明する書類（品名及び金額の記載のある領収書） <input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類（治療計画書、化学療法説明書、診断書等） <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類 ※南国市から提出の指示があった場合のみ				

年 月 日

南国市長 様

住所

氏名

印

（本人自筆の場合は押印不要）

南国市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付請求書

年 月 日付け南国市指令第 号で交付の決定のあった南国市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金について、南国市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり請求します。

記

補助金交付請求額 金 円

（付記）

上記の補助金は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

フリガナ																			
口座の名義																			
ゆうちょ銀行 以外	銀行・金庫 農協 信組・労金	本店 支店 出張所	種類	口座番号（右詰で記入）															
			普通 当座																
ゆうちょ銀行	店名		通帳の番号（右詰で記入）																

※口座は、請求者本人名義のものに限ります。