

様式第1号（第5条関係）

八女市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

八女市長

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

八女市アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請します。

記

| | | | | |
|------------------------------|--|--------------------------------|--|----------|
| 1 助成対象者 | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳) | | |
| 2 助成対象費用 | 用具 | 購入金額 | 購入日 | 区分 |
| | 医療用ウィッグ | _____ 円 | _____ 年 月 日 | 医療用ウィッグ等 |
| | 装着用ネット | _____ 円 | _____ 年 月 日 | |
| | 毛付き帽子 | _____ 円 | _____ 年 月 日 | |
| | 補整パッド | _____ 円 | _____ 年 月 日 | 補整具等 |
| | 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 | |
| | 20,000円又は購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 _____ 円 | | 10,000円又は購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 _____ 円 | |
| 4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他の地方公共団体の助成を受けていない。 | | | |
| 5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> がん治療を受療していることが分かる診療明細書等の写し <input type="checkbox"/> 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し | | | |
| 6 振込先 | 金融機関名 | 銀 行 信用金庫・組合 | | 本店 支店 |
| | 口座種別 <small>※該当するものに○印</small> | 1.普通 2.当座 | | |
| | 口座番号 | | | |
| | (フリガナ) | | | |
| | 口座名義 | | | |