

様式第 1 号（第 5 条関係）

アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名
生年月日
電話番号

ふじみ野市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、市が交付対象者の市税等の滞納の有無に関する情報等補助金の交付に関し必要な事項を照会し、又は確認することについて同意します。

記

交付対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所			
補助対象に ついて	種類	医療用ウィッグ等	乳房補正具等	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円（税込み）	ウ 円（税込み）	
	助成限度額	イ 10,000 円	エ 10,000 円	
	助成対象額	【アとイのうち、いずれか低い額】 オ 円	【ウとエのうち、いずれか低い額】 カ 円	
助成申請額		円（オとカの合計額を記入）		
振込先	金融機関	銀行・農協・信用金庫		
	店名	本店・支店		
	口座番号	当座・普通	No.	
	フリガナ			
	口座名義			

次のいずれにも該当する場合にのみ、補助金の交付の対象となりますので、確認の上、にチェックをお願いします。

- がんに係る治療を現に受けている、又は過去に受けていた。
- 市税等の滞納がない。
- 過去に本補助金又は他自治体による事業の助成を受けていない。

※添付資料 下記の書類を添付してください。

- (1) 診療明細書、治療方針計画書などがん治療を証明する書類の写し、がん治療等に係る医師の証明
- (2) 医療用ウィッグ等又は乳房補正具等の購入に係る領収書の写し
- (3) 振込先の金融機関情報が確認できるもの（通帳の写し）
- (4) 委任状（交付対象者と申請者が異なる場合）