

小竹町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

小竹町長殿

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 助成対象者との続柄 _____

小竹町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、小竹町アピアランスケア推進事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添え、次のとおり申請します。なお、次のことについて同意します。

- 小竹町が医療機関等関係機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。
- 小竹町が助成対象者の同一世帯の住民基本台帳及び課税台帳を照会すること。

助成対象者 ※申請者と同一の場合は生年月日のみの記載で可。	住所				
	氏名			電話番号	
	生年月日	年 月 日			
助成対象経費	助成対象用具	購入日	購入金額	購入金額合計×1/2	交付申請額
	医療用ウィッグ	年 月 日	円	A. 合計額×1/2 1,000円未満切捨て ⑦ _____ 円	限度額20,000円と⑦のうち、いずれか低い額 _____ 円
	装着用ネット	年 月 日	円		
	毛付き帽子	年 月 日	円		
	補整パッド	年 月 日	円	B. 合計額×1/2 1,000円未満切捨て ⑧ _____ 円	限度額10,000円と⑧のうち、いずれか低い額 _____ 円
	補整下着	年 月 日	円		
	専用入浴着	年 月 日	円		
	弾性着衣	年 月 日	円		
	エピテーゼ	年 月 日	円		
振込口座	金融機関名			支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号（左づめで記入）		フリガナ
					口座名義
確認事項	<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や、国又は他の市町村の助成を受けていません。				
添付書類	<input type="checkbox"/> 申請者及び助成対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証及び保険証等の写し） <input type="checkbox"/> がん治療に関する診断書、治療方針計画書、手術や化学療法の同意書の写しなどがん治療を受診している又は受療していたことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 世帯全員の所得及び課税額を証明する自治体が発行する書類（証明年度の1月1日時点で小竹町外に住所を有していた方のみ） <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書（購入日、助成対象用具の内容が分かるものの写し） <input type="checkbox"/> 助成金振込先の口座番号や口座名義がわかる通帳又はキャッシュカード等の写し				