

菟田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

年 月 日

菟田町長 様

(申請者)
 (〒 —)
 住 所 _____
 氏 名 _____ 続柄 ()
 電話番号 _____

菟田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、下記の通り、申請するとともに、実績を報告します。

1 助成対象者	氏 名			
	住 所	菟田町		
	生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)	
2 助成対象経費	医療用ウィッグ等		補整具等	
	用具	購入金額	用具	購入金額
	医療用ウィッグ	円	補整パッド	円
	装着用ネット	円	補整下着	円
	毛付き帽子	円	専用入浴着	円
			弾性着衣	円
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	購入金額の合計の1/2(1,000円未満切捨)を記入(上限20,000円)		購入金額の合計の1/2(1,000円未満切捨)を記入(上限10,000円)	
	円		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"/> 診療明細書の写しなどがん治療(手術、薬物治療、放射線療法等)を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し <input type="checkbox"/> (転入の方のみ)世帯全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類 <input type="checkbox"/> 本人確認書類(マイナンバー・運転免許証・保険証・その他()) <input type="checkbox"/> 振込先口座確認書類の写し ≪代理人の方のみ記入≫ <input type="checkbox"/> 委任状(対象者が18歳未満かつ申請者が保護者の場合を除く) <input type="checkbox"/> 代理人の方の本人確認書類 (マイナンバー・運転免許証・保険証・その他())			
本推進事業の利用決定に当たり、以下の項目に同意します。 <input type="checkbox"/> 住民登録の調査・照会・閲覧 <input type="checkbox"/> 助成対象者及び助成対象者と世帯を同一する者の町民税所得割課税額及び町税等の納付状況の調査・照会・閲覧 <input type="checkbox"/> 添付書類は返却しないものとする <p style="text-align: right;">助成対象者</p>				

6 振込先 ※原則対象者本人名義の口座をご記入ください。	金融機関名	銀行 信用金庫・組合	本店 支店
	口座種別 ※該当するものに○印	1.普通	2.当座
	口座番号 (フリガナ)		
	口座名義		

下記に該当する方はチェックを入れて理由をご記入ください。

対象者本人名義以外の口座を指定

【理由】

- 助成対象者が18歳未満 対象者との続柄 ()
- その他 ()