

熊本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

申請日 年 月 日

熊本市長 様

熊本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、熊本市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、申請します。なお、助成金の請求に関する一切の権限を熊本市医療対策課長へ委任します。また、申請にあたり、熊本市が住所等の確認のための住民基本台帳情報の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会することに同意します。

|   |   |  |                                |                       |              |       |                |
|---|---|--|--------------------------------|-----------------------|--------------|-------|----------------|
| 助成対象者                                       | フリガナ  |  |                                |                       | 生年月日         | 年 月 日 |                |
|   | 氏名  | 印  |                                |                       |              |       |                |
|   | 住所  | 〒 - 熊本市 区  |                                |                       |              |       |                |
|   | 電話番号  |  |                                |                       |              |       |                |
| 申請者   | <input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ <input type="checkbox"/> 代理申請の場合、助成対象者との続柄（ ）   |  |                                |                       |              |       |                |
|   | フリガナ  |  |                                |                       | 生年月日         | 年 月 日 |                |
|   | 氏名  | 印  |                                |                       |              |       |                |
|   | 住所  | <input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ 電話番号（ ）<br>〒 - 熊本市 区 |                                |                       |              |       |                |
| 交付対象経費                                      | 対象区分（ア）   | ① ウィッグ等<br>（助成金上限額2万円）                                 | ② 補整用シリコンパッド<br>（助成金上限額1万円）    | ③ 人工乳房<br>（助成金上限額2万円） |              |       |                |
|   | 購入日   | 年 月 日  | 年 月 日                          | 年 月 日                 |              |       |                |
|   | 購入費用  | 円（税込）  | 円（税込）                          | 円（税込）                 |              |       |                |
| 交付対象経費（イ）<br><small>購入金額×1/2、千円未満切捨</small> | 円   |  | 円                              |                       | 円            |       |                |
| 交付申請額（ウ）<br>（ア）又は（イ）の<br>いずれか低い額            | ウィッグ等<br>円  |  | 補整用シリコンパッド<br>又は人工乳房のいずれか<br>円 |                       | 交付申請合計額<br>円 |       |                |
| 過去の受給状況                                     | <input type="checkbox"/> 熊本市のアピアランスケア推進事業助成金を受けたことはありません。<br>ある場合：助成を受けた日付（ 年 月）<br>助成を受けた対象区分 ①ウィッグ等 ②補整用シリコンパッド ③人工乳房 ④その他  |  |                                |                       |              |       |                |
| 確認事項  | <input type="checkbox"/> 市民税の滞納がない<br><input type="checkbox"/> 暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない   |  |                                |                       |              |       |                |
| 添付書類  | <input type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けていた）ことが分かる書類（写し）<br><input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書等（原本のみ。写しは不可）<br><input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類（写し）<br><input type="checkbox"/> （代理申請の場合）助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類（写し）<br><input type="checkbox"/> （郵送申請の場合）申請者本人確認書類（写し）※窓口申請の場合は書類をお持ちください |  |                                |                       |              |       |                |
| 振込先   | 金融機関名   | 銀行<br>信用金庫・組合  |                                |                       | 本店<br>支店     | 口座種別  | 1. 普通<br>2. 当座 |
|   | 口座番号  | フリガナ   |                                |                       | 口座名義         |       |                |