

様式第 1 号 (第5条関係)

春日市アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 春日市長

(申請者) 〒

住 所

氏 名

電話番号

補助金の交付を受けたいので、春日市アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第5条第1項の規定により下記のとおり申請(請求)します。

1 補助対象者	氏 名					
	住 所					
	生年月日	年 月 日 (歳)				
2 補助対象経費	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			
	エピテーゼ	円	年 月 日			
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等			
	20,000円と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円と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 ☑を付けてください)	・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、並びに国又は他の地方公共団体による助成を受けていない。		☐ はい ☐ いいえ (いいいの場合は助成事業名を以下に記入) []			
	・暴力団等との関係を有していない。		☐ はい ☐ いいえ			
5 添付書類 (添付した書類に ☑を付けてください)	☐ 申請者の本人の確認ができる書類(マイナンバーカード、運転免許証等の写し。原本の提示でも可) ☐ がん治療を受療していることが分かる書類(治療方針計画書や手術や化学療法の同意書の写し等) ☐ 領収書及びその明細書(購入日、品目、金額、個数がわかるもの。写しも可) ☐ 地方税情報の確認に関する同意書(同一世帯に属する者がいる場合のみ) ☐ 保護受給証明書(生活保護受給者のみ)					
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	1 普通 2 当座
	口 座 番 号			(フリガナ) 口座名義		