

年度平戸市アピアランスケア支援補助金交付申請書兼請求書

平戸市長 様

申請者 住所
氏名 (電話) (印)

代理人 住所
氏名 (申請者との続柄) (電話) (印)

平戸市アピアランスケア支援補助金の交付を受けたいので、平戸市アピアランスケア支援補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。
 なお、申請するにあたり、平戸市が申請者の市税等の滞納の有無に関する情報など、補助金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

記

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補助対象経費	医療用ウィッグ	円	購入日	医療用ウィッグ 年 月 日
	乳房補整具	円		乳房補整具 年 月 日
交付申請・請求金額		医療用ウィッグ 円	乳房補整具 円	
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(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。
 - 過去1年以上引き続き平戸市内に住所を有している。
 - 市税等の滞納がない。
 - 過去にこの補助金の交付を受けていない。

※添付書類

- (1) がん治療受診証明書（様式第2号）
- (2) 医療用ウィッグ又は乳房補整具の購入に係る領収書の写し