

記入例

様式第1号(第7条関係)

都城市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

申請日を記入してください

令和6年 4月 5日

都城市長 宛て

補整具に係る購入費補助金の交付について、関係書類を添えて、次のとおり申請します。  
補助金の交付が決定されたときは、次のとおり請求します。  
なお、審査のため、市が申請者及び補助対象者の住民基本台帳を確認することに同意します。

申請者	ふりがな	みやこのじょう はなこ	申請者の情報を記入してください。	日	昭和60年4月5日
	氏名	都城 花子			
	住所	〒123-5678 都城市 姫城町1-2姫城ビル345号	補助対象者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> その他 → 委任状 ( ) 添付	
	電話番号	090-1234-5678			

申請者が補助対象者本人でない場合、以下の欄に補助対象者について記入してください。

申請者と補助対象者が同じ場合は、を記入ください。(詳細は記入不要です)

申請者と同じ

補助対象者は「実際にウィッグ又は乳房補整具を使用する方」です。

住所	都城市	電話番号	
----	-----	------	--

過去の補助等の有無	ウィッグ又は乳房補整具に係る過去の購入費補助等の給付の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( 補助された補整具 )
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

交付を申請する補整具 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ	<input checked="" type="checkbox"/> 乳房補整具
購入年月日	令和6年 4月 1日	令和6年 4月 1日
購入金額(税込み)	(ア) 40,000 円	8,000 円
補助限度額	(イ) 20,000 円	10,000 円
(ア)と(イ)を比べて低い金額	(A) 20,000 円	8,000 円
交付申請額 ((A)の合計)	申請額は補助限度額と購入金額を比べて低い方の額を記入ください。 28,000 円	

添付した書類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/>	現住所及び生年月日が確認できる書類の写し※マイナンバーカード、運転免許証等
	<input checked="" type="checkbox"/>	がんの治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書などのいずれかの書類の写し ※補助対象者の氏名、医療機関名、がんの診断名、がんの治療内容が記載されているもの
	<input checked="" type="checkbox"/>	ウィッグ又は乳房補整具 <sup>※1</sup> の購入に係る領収書の原本 ※補助対象者の氏名、購入年月日、品名及び購入金額の記載があるもの※1「補整(正)」又は「人工乳房」の記載があるもの。記載がない場合は商品のカタログの写しが必要
	<input checked="" type="checkbox"/>	振込みを希望する預金通帳の写し ※金融機関名、支店名、預金種別、口座名義(カタカナ)、口座番号の記載ページ
	<input checked="" type="checkbox"/>	市税の滞納のない証明書 ※市税の納税状況調査に同意する場合は、不要。別紙の同意書提出が必要。
	<input type="checkbox"/>	委任状(様式第2号)(補助対象者がやむを得ない事情で申請できず、申請を委任する場合のみ)※補助対象者が未成年で、保護者が申請する場合は不要

振込先 <sup>※2</sup>	金融機関名	都城 (銀行コード: 1234) 銀行・信用金庫 島津 本店(支店)
	預金種別	1. 普通 2. 当座 口座番号
	フリガナ 口座名義人	ミヤコノジョウ ハナコ 1 2 3 4 5 6 7

※2 原則本人。未成年の場合は家族可。