

訂正方法

都城市アピアランスケア等支援事業補助金交付申請書兼請求書

令和7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
	氏 名	都城 花子
	住 所	〒123-5678 都城市 姫城町1-2 姫城ビル345号
	電話番号	090-1234-5678

訂正印を使用する場合

- 訂正箇所に二重線を引き、その上に押印する
- その上に正しい文言を書く
- 申請者欄の氏名横に同じ印鑑で押印する

※豆印、シャチハタは使用できません

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。

補助対象者※	ふりがな		生年月日	
	氏 名	□申請者と同じ	年 月 日	
	住 所	〒 都城市	電話番号	

※請求においては本人

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 ☒ 無 ・ ☐ 有 ⇒ (補助された補整具)
-----------	--

交付を申請する補整具 該当項目に☑	□ ウィッグ (18歳以下)	□ ウィッグ (19歳以上)	□ 乳房補整具
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入金額(税込み)	(ア) 円	円	円
補助限度額	(イ) 40,000円	20,000円	10,000円
(ア)と(イ)を比べて 低い金額	(A) 円	円	円
交付申請額((A)の合計)			円

添付した書類 に☑をつけて ください	☒	現	この部分は訂正ができませんので、新しい申請書に書き直しをお願いします。
	☒	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 脱毛の症状があることがわかる医療機関から出された書類 ※補助対象者の氏名、医療機関名、診断名、脱毛症状について記載されている診断書等	
	☒	ウィッグ又は乳房補 ※補助対象者の氏名 又は「人工乳房」の	
	☒	振込みを希望する預 ※金融機関名、支店	
	☒	市税の滞納のない証 に関する誓約書及び	
	☐	委任状(様式第2号)※補助対象者が未成年で、保護者が申請する場合は、	

署名での訂正方法

- 間違えた箇所に二重線を引く
- その上に正しい文言を書く
- その隣にフルネームで小さく署名する

※署名:自己の氏名を手書き(自署)すること

振込先※2	金融機関名	都城 銀行・信用金庫 一島津 310 都城 花子 本店・支店 (銀行コード: 1234) 農協・信用組合 (支店コード: 567) 出張所
	預金種別	1. 普通 2. 当座 口座 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。