

年度松浦市がん患者アピアランスケア補助金交付申請書兼請求書

松浦市長 様

松浦市がん患者アピアランスケア補助金の交付を受けたいので、松浦市がん患者アピアランスケア補助金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添え、次のとおり申請します。
なお、申請するにあたり、松浦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。
また、決定（確定）の上は、併せて決定（確定）額を請求します。

申請者（注）	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		左記以外の連絡先	

（注）申請者は補助対象者としてください（補助対象者が未成年の場合は、法定代理人）。

補助対象者	☐ 申請者と同じ ※申請者と同一の場合は、記載不要です。			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		申請者との続柄	
	住所	〒		
補助対象経費	区分	☐ 医療用ウィッグ		☐ 乳房補整具
	購入年月日			
	購入金額（税込）	ア		エ
	補助上限額	イ 20,000 円		オ 20,000 円
	補助額	ア又はイのいずれか低い額		エ又はオのいずれか低い額
		ウ 円		カ 円
補助合計額		円 （ウとカの合計額）		

振込口座	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店 出張所
	※ゆうちょ銀行以外	漁協・信組・信漁連		
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※裏面も必ずご記入ください。

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。

- ☐ がんの治療を現に受けている、又は過去に受けていた。
- ☐ 申請日において松浦市内に住所を有している。
- ☐ 暴力団員又は暴力団と密接な関係を有する者ではない。
- ☐ 国又は地方公共団体から他の制度による同趣旨の補助金等を受けていない。
- ☐ 市税等の滞納がない。

※添付書類

- (1) 振込口座の通帳の写し
- (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
- (3) 治療の内容が確認できる書類の写し（補助対象者、医療機関名の記載があるもの）