

遠賀町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

遠賀町長 様

遠賀町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

なお、遠賀町が福岡県アピアランスケア推進事業費補助金交付要綱により補助金を受けるため、関係機関に対して所得などの確認調査を行うことに同意します。また、世帯構成員の調査同意については、私が責任をもって行います。

申請者	フリガナ		電話番号			
	氏名	印	生年月日	年 月 日		
	住所	〒				
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が助成対象者の場合は、この欄の記入は不要					
	フリガナ		電話番号			
	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	〒		申請者との続柄 ()		
助成対象経費	用具	購入日	購入金額	購入金額合計×1/2 (千円未満切捨)	交付申請額	
	医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	年 月 日	(ア) 円	(イ) 円	助成限度額20,000円と (イ)のうち いずれか低い額 円
		装着用ネット	年 月 日	(ア) 円		
		毛付き帽子	年 月 日	(ア) 円		
	補正具等	補正パッド	年 月 日	(ウ) 円	(エ) 円	助成限度額10,000円と (エ)のうち いずれか低い額 円
		補正下着	年 月 日	(ウ) 円		
		専用入浴着	年 月 日	(ウ) 円		
		弾性着衣	年 月 日	(ウ) 円		
		エピーテーゼ	年 月 日	(ウ) 円		
	確認事項	<input type="checkbox"/> 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又は国若しくは地方公共団体の助成を受けていない。				
添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> がん治療方針計画書、又は手術、化学療法、放射線療法等の同意書の写しなど、がん治療を受療している(していた)ことが確認できる書類 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書(氏名、購入日、品名、金額、個数がわかるもの) <input type="checkbox"/> 申請者及び助成対象者の本人確認のできる書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等) <input type="checkbox"/> 振込口座の確認ができるもの(通帳、キャッシュカード等)					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		本店・支店	1. 普通 2. 当座	
	口座番号		口座名義	フリガナ 氏名		