

佐賀市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

佐賀市長 様

佐賀市アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	※対象者が未成年の場合は、保護者の氏名等を記入してください。			
	フリガナ	生 年 月 日	対象者との続柄	
	氏 名	年 月 日		
	※本人が手書きしない場合は記名押印してください。			
住 所	〒	連絡先電話番号		
		— —		
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と助成対象者が同一人の場合は、この欄は記入不要です。			
	フリガナ	生 年 月 日		
	氏 名	年 月 日		
	住 所	〒	連絡先電話番号	
		— —		
確認事項	今回の申請を行う補整具の購入経費について、他の自治体等から助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい (はいの場合は、助成事業名を以下に記入) ( )		
購入した補整具	区 分	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	購 入 日	<input type="checkbox"/> 明細別紙あり 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明細別紙あり 年 月 日	
	購 入 金 額 (合計金額)	円	円	
	購入金額×1/2 (1円未満切捨)	(ア) 円	(エ) 円	
	助成限度額	(イ) 20,000 円	(オ) 20,000 円	
	助成対象額	(ウ) アとイのいずれか低い方の額 円	(カ) エとオのいずれか低い方の額 円	
助成申請額 (請求額)	円 (※ウとカの合計額)			
振込先	金融機関名		支店名	預金種別 (どちらかに○)
	1. 銀行 4. 農協 2. 金庫 5. 漁協 3. 信用組合		本店・支店 本所・支所 出張所	普通 ・ 当座
	口座番号	口座 名義人	フリガナ 氏名	

【同意事項】 申請にあたり、次のことについて同意します。

- この申請書の記載内容について、住民基本台帳の閲覧をすること。
- この申請書に添付するがん治療に関すること及び外見変貌に係る証明する書類に関して医療機関等に照会すること。
- この申請書に添付する領収書等に関して購入機関に照会すること。
- 佐賀市から佐賀県及び県内他市町に対し、佐賀県アピアランスケア支援事業に係る助成実績を照会すること。
- 佐賀市が支給決定をした後、申請書の不備等により振込不能等の事由により支払いが完了せず、かつ申請受付期間内に不備等が解消されない場合は、当該申請が取り下げられたものとみなすこと。
- 偽りその他不正の手段により佐賀市アピアランスケア支援事業助成金の支給を受けた場合には、返還すること。

市 記 入 欄	
受付日	年 月 日
受付 No.	
受 付	
決 定 年月日	<input type="checkbox"/> 交付・ <input type="checkbox"/> 不交付
	年 月 日
交 付 決定額	円