

越 前 市 長 殿

申請者 氏名 _____
 (補助対象者との続柄) _____
 電話番号 _____

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書及び請求書

がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区 分	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子的のほか、材料を購入して作成した場合の材料費を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他（ _____ ） ※ 該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	購入費用に1/2 を乗じた額(A)	円
	購 入 日	年 月 日
3 交付申請(請求)額 ※10,000円又は(A)の いずれか低い額		円

4 次の事項を越前市長が行うことに（ 同意します / 同意しません ）。

- (1) 申請者及び対象者において、住民基本台帳情報を知る必要がある範囲内で確認すること。
- (2) 申請者において、市税の課税及び納税の状況を知る必要がある範囲内で確認すること。
- (3) 対象者において、医療機関及び県や他の自治体に対し、治療及び助成に関する情報の照会並びに提供を求めること。

<p>5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)</p>	<p><input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類</p> <p><input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが証明できる書類</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者の申請日時点で直近の納税証明書の写し（非課税の場合は市・県民税（所得・課税）証明書の写し）</p> <p>・前項（表面）において、市税の課税及び納税の状況を市長が確認することに同意したときは、不要です。</p> <p>・<u>越前市以外の自治体で課税されている場合は、その自治体で取得して下さい。</u></p>								
6 振込先（申請者の口座情報を記入）									
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協								
	本店 ・ 支店								
預金種別	普通 ・ 当座		(フリガナ)	()					
	口座名義人								
口座 (左詰記入)	店 番 号			口 座 番 号					
過去の 受給状況	越前市又はほかの地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無（有 ・ 無）								

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。