

様式第1号（第5条関係）

粕屋町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

年 月 日

粕屋町長 様

粕屋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、次のとおり申請します。

なお、粕屋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		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	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る） <input type="checkbox"/> 領収書原本及び明細書（氏名、購入日、品名、金額、個数入り。「医療用ウィッグ」「補正パッド」等助成対象品目名の記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 申請者及び助成対象者の本人確認のできる書類（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 出張所	
	口座番号	普通 当座			フリガナ 氏名		