様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　玄海町長　様

申請者　住　所

氏　名

助成対象者との続柄（　　　　　　　　　　）

電話番号　　　　　（　　　　）

玄海町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

　玄海町アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、玄海町アピアランスケア用品購入費助成事業実施要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | | ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | | |
| 購入補正具等 | 助成対象区分  (〇で囲む) | | 医療用ウィッグ | | 乳房補正具（ 右 ・ 左 ） | |
| 助成対象経費  (税込み。附属品及びケア用品の購入費は含まれません。) | | 円(a) | | 円(b) | |
| 購入年月日 | | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 交付申請額  (千円未満端数切捨て。助成対象区分ごとに上限2万円。) | | | 円(c)=(a×1/2) | | 円(d)=(b×1/2) | |
| 交付申請額計 | | | 円(c+d) | | | |
| 添付書類  （添付書類に☑） | | | □　がん又はがんの疑いがあると診断され、その治療を受けたことのわかる書類  □　補正具等の購入にかかる領収書の写し | | | |
| 助成対象者についての確認事項  (該当項目に☑。いずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となります。) | | | □　玄海町に住民登録がある。  □　がん又はがんの疑いがあると診断され、その治療を現に  受けている又は過去に受けていた。  □　がん治療に伴い脱毛し、又は乳房を切除した。  □　申請日の属する年度において、他自治体等から同種の助成等を受けていない。 | | | |